

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção a saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF da Secretaria Municipal de Saúde de São
José do Piauí/PI**

Deysi Mayle Oquendo Calderin

Pelotas, 2015

Deysi Mayle Oquendo Calderin

**Melhoria da atenção a saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF da Secretaria Municipal de Saúde de São
José do Piauí/PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Tatyara Feitosa Sampaio

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catálogo na Publicação

C146m Calderín, Deysi Maylé Oquendo

Melhoria da Atenção a Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Piauí/PI / Deysi Maylé Oquendo Calderín; Tatyara Feitosa Sampaio, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

103 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica
4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Sampaio, Tatyara Feitosa, orient.
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Agradeço muito a deus, a meu filho, a minha avó, a meus amigos, a todas aquelas pessoas que foram fonte de inspiração e com seu apoio e compreensão contribuíram a conclusão exitosa do trabalho.

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar a minha família pelo apoio e confiança em mim, a minha orientadora Tatyara Feitosa Sampaio pelo apoio, compreensão e paciência.

Resumo

Calderin, Deysi Mayle Oquendo; Sampaio, Tatyara Feitosa. **Melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UMS de São José do Piauí/PI.** 2015. 102F (Curso de especialização em saúde da família)-Departamento de Medicina social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de pelotas, Pelotas.

A Hipertensão arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus são umas das doenças que mais estão afetando a população mundialmente e principalmente no Brasil. Os profissionais da atenção básica têm como principal objetivo, trabalhar em quanto à prevenção de estas doenças crônicas e evitando as complicações dessas doenças. Foi realizada uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários diabéticos e/ou hipertensos na UBS/ESF de São José do Piauí/PI, desenvolvida no período de 12 semanas. Foram realizadas ações em quatro eixos de atuação: engajamento público, qualificação da prática clínica, organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação. Com a intervenção ampliamos o número de usuários com hipertensão (45,2%) e diabéticos (93,2%) cadastrados e em acompanhamentos. Também foi possível realizar exames clínico e complementar em dia, prescrição de medicamentos da farmácia popular, estratificação de risco cardiovascular, realização de avaliação de atendimento odontológico, orientação nutricional e sobre prática de atividade física. A intervenção trouxe muitos benefícios para o serviço, foi possível identificar os maiores problemas de saúde da população e esclarecer as dúvidas dos usuários com estas doenças crônicas, melhoramos os registros de saúde, se adotou a ficha espelho para o melhor seguimento e controle, mostrando assim a importância que tem o cadastramento dos usuários e o planejamento das atividades após receber as capacitações sobre hipertensão e diabetes mellitus, nosso trabalho de intervenção formou parte do curso de especialização em saúde

Palavras chaves: Atenção primária à saúde; Saúde da família; Doença crônica; Diabetes mellitus; Hipertensão arterial.

Lista de Figuras

Figura 1. Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.....	60
Figura 2. Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.....	61
Figura 3. Gráfico da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	62
Figura 4. Gráfico da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	63
Figura 5. Gráfico da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	64
Figura 6. Gráfico da proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	64
Figura 7. Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.....	65
Figura 8. Gráfico da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.....	66
Figura 9. Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	67
Figura 10. Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	68
Figura 11. Gráfico da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa	69
Figura 12. Gráfico da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa	70
Figura 13. Gráfico da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	71
Figura 14. Gráfico da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	72
Figura 15. Gráfico da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	73

Figura 16. Gráfico da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	74
Figura 17. Gráfico da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	75
Figura 18. Gráfico da proporção de diabéticos como orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	75
Figura 19. Gráfico da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.....	76
Figura 20. Gráfico da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.....	77
Figura 21. Gráfico da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	78
Figura 22. Gráfico da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	79
Figura 23. Gráfico da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.....	79
Figura 24. Gráfico da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.....	80

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente comunitário da Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
AVE	Acidente vascular encefálico
CAPS	Centro de atenção psicossocial
CAIC	Centro atendimento integral a criança
CEO	Centro especialidades odontológicas
DST	Doença sexualmente transmissível
ESB	Equipe de saúde bucal
ESF	Estratégia de saúde da família.
Hiperdia	Sistema de cadastramento de usuários diabéticos e hipertensos
MS	Ministério da saúde
NASF	Núcleo de apoio à saúde da família
PMM	Programa mais médicos
PNAB	Política Nacional de atenção básica
PI	Piauí
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBAI	Unidade Básica de atendimento imediato.
UFPEL	Universidade federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	27
2 Análise Estratégica	28
2.1 Justificativa	28
2.2 Objetivos e metas	30
2.2.1 Objetivo geral	30
2.2.2 Objetivos específicos e metas	30
2.3 Metodologia	32
2.3.1 Detalhamento das ações	32
2.3.2 Indicadores	40
2.3.3 Logística	46
2.3.4 Cronograma	50
3 Relatório da Intervenção	53
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	53
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	56
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	57
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	57
4 Avaliação da intervenção	59
4.1 Resultados	Erro! Indicador não definido.
4.2 Discussão	Erro! Indicador não definido.
5 Relatório da intervenção para gestores	83
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	85
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	87
Referências	89
Apêndices	90
Anexos	93

Apresentação

Este volume é o trabalho de conclusão do curso da especialização em saúde da família UNASUS/UFPel.

O trabalho encontrasse dividido em sete capítulos. O primeiro capítulo trata-se da análise situacional, que será apresentado um reconhecimento do território através da estrutura, processo de trabalho e ações programáticas que embasaram a definição da ação programática a ser desenvolvida.

No segundo capítulo está a análise estratégica, com a justificativa e todo o detalhamento do projeto de intervenção.

No terceiro capítulo é apresentado o relatório da intervenção, contendo a descrição das ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações que não foram desenvolvidas, as questões relacionadas com a coleta de dados e a incorporação do projeto a rotina de trabalho.

O quarto capítulo apresenta a avaliação da intervenção, onde são descritos todos os resultados alcançados e a discussão.

O quinto e sexto capítulo apresentam os relatórios da intervenção para gestores e para a comunidade, respectivamente.

E o último e sétimo capítulo apresenta a reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem no decorrer do curso e na implantação da intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu estou trabalhando no município de São José de Piauí. Meu posto de saúde está localizado na sede no centro da cidade, é grande, tem as condições necessárias para fazer um ótimo atendimento médico. Minha UBS está integrada por três médicos (dois trabalhando no interior em zonas de difícil acesso e eu na sede), três enfermeiras, dezessete agentes comunitários, quatro dentistas, sete vigilantes epidemiológicos e sete técnicos em enfermagem. Minha ESF é composta por uma enfermeira, cinco técnicas em enfermagem, um dentista, quatro agentes comunitários de saúde. Trabalhamos todos os dias de segunda a quinta de sete e meia a doze e na tarde das treze e meia às dezessete horas.

Fazemos consultas agendadas, demandas espontâneas, visitas domiciliares. Os principais problemas de saúde identificados por nossa equipe foram as doenças crônicas não transmissíveis como a HAS, Diabetes Mellitus tipo 2, hiperlipidemia e epilepsia, também foram identificados outros problemas de saúde como dependência a psicofármacos, doenças musculoesqueléticas como a sacrolombalgias e doenças respiratórias altas.

Para a prevenção das patologias mencionadas fazemos atividades de promoção como palestras, bate papo, tratando sempre de explicar aos usuários às complicações das doenças e como evitar a manifestação destas com a modificação dos estilos e modo de vida, e uma vez instalada a patologia a importância de levar tratamento correto indicado pelo médico. O trabalho em equipe que nós estamos fazendo esta tendo um impacto positivo em nossa comunidade, por as labores de saúde que estamos fazendo dia a dia, seguiremos trabalhando assim para lograr uma melhoria na qualidade de vida de nossos usuários.

1.2 Relatório da Análise Situacional

São José é um município localizado no estado do Piauí, com uma população de mais de 7.000 habitantes, temos neste momento três unidades Básicas de Saúde, uma de elas localizada no centro da cidade, e uma unidade mixta, as outras duas localizadas no interior do município, uma delas está no povoado de atalho. Temos algumas deficiências ainda, contamos com a disponibilidade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), não temos disponibilidade de Centro de Especialidade Odontológica (CEO), temos falta de atenção especializada, algo que afeta muito a população, em muitas ocasiões têm os usuários que precisam buscar a solução de seus problemas de saúde em outro local, muitas vezes sem condições para fazer, o qual seria muito melhor se tivéssemos especialistas de diversas especialidades.

Temos um hospital, o qual funciona todos os dias, de segunda a sexta, só temos médico para emergência médica duas vezes por semana pela tarde, o que acontece é que muitas vezes os usuários precisam de atendimento e não tem médico presente. Esse tema tem sido avaliado por parte da secretaria de saúde e o Ministério de Saúde, chegando à conclusão que tem que ter um médico plantonista no posto para este tipo de emergência que permaneça o tempo todo no hospital.

Nossa equipe de saúde esta UBS atua no modelo de ESF composta por um médico clínico geral, um dentista, um enfermeiro, um auxiliar em saúde bucal, um auxiliar de enfermagem, um técnico de higiene dental, um técnico de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde, temos um motorista também.

A unidade tem uma boa estrutura física, por exemplo, tem uma sala de espera onde se acomodam mais ou menos 30 pessoas, uma sala de reunião, tem suas salas destinadas a almoxarifado, o consultório médico, neste momento não tem sanitário, temos sala de vacina, sala de curativo, duas salas de nebulização, farmácia, dois consultórios odontológicos que tem área específica para o compressor, contamos com sanitários para pessoas deficientes, para funcionários, cozinha, depósito para material de limpeza, sala de esterilização, temos abrigo para resíduos sólidos, depósito para o lixo não contaminado, tem uma sala para os agentes comunitários, todos os ambientes de minha unidade tem janelas ou ventilação indireta exceto a cozinha, depósito de lixo, depósito de limpeza que não tem, eu acho que é muito importante ter nesses lugares boa ventilação, pelo risco de contrair alguma doença respiratória ou outra.

Uma das dificuldades encontradas em nossa unidade é que as paredes internas de minha UBS poucas são laváveis o qual é algo importante em uma unidade, para prevenir germes e se estas são laváveis é melhor para fazer limpeza, já está começando a trabalhar nisso pouco a pouco fazendo as transformações que precisa, com respeito aos pisos de minha unidade quase todos são laváveis e de superfície lisa, regular, estável e antiderrapante, temos sala para coleta de material para análise clínica, as portas são revestidas de material lavável, mas não são todas, todas as janelas são de madeira, muitas não têm telas de proteção, como por exemplo, a recepção, sala de esterilização, sala de nebulização, sala de recepção, sala de vacina.

Outras das limitações encontradas foram que os lavatórios ou pias da UBS não possuem torneiras com fechamento automático, os armários de minha unidade são internamente e externamente de superfície lisa, de fácil limpeza e desinfecção, outra das dificuldades não em todos os ambientes existe sinalização visual, além disso, as sinalizações não permitem a comunicação em braile, não temos sinalização dos ambientes que permita a comunicação através dos recursos auditivos.

Os consultórios são utilizados de forma compartilhada pelos profissionais da equipe, possuem condições de realizar o atendimento e em mesa de escritório com o usuário e acompanhantes sentados e mesa de exame clínico, a sala de vacina está situada de forma que evita o trânsito dos usuários nas demais dependências, o depósito de lixo não contaminado está fechado, com ventilação e proteção contra roedores, o lixo não contaminado é recolhido só uma vez por semana. Eu acredito que depois de fazer uma avaliação das principais deficiências encontradas na UBS, temos que seguir trabalhando para lograr uma ótima qualidade de atendimento, e que os usuários sintam-se acolhidos como realmente eles merecem, para isso tem que definir nossas estratégias para superar todas as dificuldades.

Quanto aos equipamentos e instrumental nem todos têm boa disponibilidade, por exemplo, neste momento não temos autoclave o qual é muito importante para esterilizar os materiais que são utilizados no hospital, não temos foco de luz o que dificulta muito o atendimento a gestante e algumas usuários que precisam ser avaliadas pela parte de ginecologia, com alguma doença ginecológica, não temos negatoscópio, não temos oftalmoscópio, não temos pote para coleta de escarro, não temos tesoura curva, não temos sonar, pinça sheron, pinça pozzi, otoscópio, todo

isso dificulta em muitas ocasiões um ótimo atendimento ao usuário por falta de recursos.

Nossa unidade tem um consultório odontológico que se encontra em boas condições, temos amalgamador, aparelho fotopolimerizador, cadeira odontológica, compressor de ar, equipo odontológico com pontas, estufas, instrumental para as urgências, instrumental para exame clínico, refletor, unidade auxiliar com bacia cuspidora e/ou terminal sugador, não tem autoclave eu acho que também é muito importante ter no consultório odontológico para a rápida esterilização de materiais, não temos instrumental para instalação de próteses, instrumental para manutenção de próteses, temos ainda insuficiente instrumental para dentística, para procedimentos cirúrgicos, para procedimentos periodontais, mocho odontológico, temos um sistema de manutenção e reposição equipamentos que não é satisfatório, não temos sistema de manutenção e reposição de instrumentos, não temos ainda sistema de manutenção e reposição de mobiliário, sistema de reposição de material de consumo, não temos um sistema de revisão da calibragem, não temos sistema de revisão da calibragem das balanças.

Outras das limitações que temos em nossa unidade básica não temos conexão com internet o que dificulta às vezes de uma dúvida com um medicamento ou patologia determinada, não temos telefone próprio da UBS, caixa de som, câmera fotográfica, câmera filmadora, estabilizador, impressora, gravador de som, projetor de slides, não temos microcomputador.

Temos agentes comunitários de saúde em nossa UBS, eles têm uma boa disponibilidade e suficiência de materiais e equipamentos necessários para a realização das atividades na área de abrangência da UBS, por exemplo, balanças para crianças, filtro solar, material de expediente, uniforme, outros como prontuários, mochilas, Uma dificuldade é que nossos agentes comunitários não têm meios de locomoção para o deslocamento na área de abrangência da UBS.

A situação de abastecimento de materiais e insumos para a realização das atividades da UBS é suficiente, só alguns matérias que não há como, por exemplo, anestésico local com e sem vasoconstritor, escova endocervical, fio de sutura em geral, lâminas de vidro, material para pequenas cirurgias, solução fixadora para exame citopatológico, caderneta de adolescente, temos suficiente álcool, algodão, descartáveis, esparadrapo, espátula de ayre, gaze, luvas estéreis, luvas para procedimentos, material para retirada de pontos, seringas /para aplicação de

vacinas, seringas para aplicação de injeções em geral, solução de Schiller, bloco de receituário para medicamentos controlados, cartão de criança, cartão de gestante, caderneta de saúde de idoso, formulários de cadastramento do hiperdia, formulários de cadastramento do sispre natal, formulários do Programa bolsa família, fichas de cadastramento domiciliar, fichas do SIAB ou sistema similar.

Nossos odontólogos têm em seu consultório de maneira suficiente adesivo para restauração, amalgama, cimento de ionômero de vidro, cimento de hidróxido de cálcio, cimento restaurador temporário, gorros, máscaras, de maneira insuficiente, medicação para tratamento pulpar, fio de sutura odontológica, óculos. Material para atividades educativas e preventivas tem manequins, macromodelos, espátula de madeira, dentifrícios, não tem vídeos, livros infantis e de maneira insuficiente escovas dentárias, flúor gel, solução de flúor para bochechos.

Quanto à disponibilidade de medicamentos temos muitos em falta ainda e um problema muito grande que afeta diretamente a comunidade que muitas vezes não pode acessar porque este se encontra em falta ou é deficiente na farmácia, como por exemplo, alguns hipotensores, hipoglicemiantes, antiarrítmicos, hemorreológicos, analgésico, antiinflamatórios, não temos dispositivo intra-uterino, preservativo masculino, e necessário porque temos usuários que não podem tomar comprimidos por uma determinada patologia e precisam de este tipo de anticoncepcional para prevenir uma gravidez não desejada.

Nossa UBS realiza vacinas do calendário do programa nacional de imunizações que são realizadas rotineiramente como, por exemplo, BCG, contra hepatite, dupla adulto, febre amarela, influenza sazonal, meningococo, pneumococo, tetravalente, tríplice viral, tríplice bacteriana, vacina oral de rotavírus humano, vacina oral contra a pólio.

Só alguns exames são realizados rotineiramente em nossa UBS, como por exemplo, glicemia capilar outros como teste do pezinho, outros com resultado em menos de quinze dias como ácido úrico, hepatite c, creatinina ureia, HIV, exame comum de urina, exame parasitológico de fezes, glicemia plasmática, hemoglobina glicosilada, hemograma completo, hbsAg hepatite B, Microalbuminúria, pesquisa de BAAR no escarro, PSA, tipagem sanguínea, urocultura, VDRL, outros mais complexos, mas são feitos em Menos de trinta dias exemplo a citologia de colo uterino, colonoscopia, ecocardiograma, electrocardiograma de repouso, endoscopia

digestiva alta, espirometria, mamografia, Rx sem contraste e com contraste, TAC, USG de mamas, abdominal, obstétrica, transvaginal e vascular.

Em nossa unidade temos déficit de muitos especialistas para fazer as consultas exemplo, angiologista, dermatologia, nefrologia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, pneumologia, psicologia, traumatologia e urologia. Temos atendimento em pronto socorro no próprio município, os usuários têm acesso a atendimento em serviços de pronto atendimento no próprio município. Trabalhamos com os seguintes protocolos, avaliação/classificação de risco biológico, cuidados/procedimentos de enfermagem, doenças prevalentes na infância (desnutrição, doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas e malária, doenças respiratórias crônicas - asma, rinite, DPOC, envelhecimento e saúde de pessoa idosa e todos os outros).

Nós como médicos de atenção básica tivemos diferentes encontros com as pessoas do Ministério da Saúde, com a secretária de saúde do município e a prefeitura para buscar uma solução possível a estas limitações que temos em nossa unidade básica e dificulta um ótimo trabalho e que o usuário seja satisfeito como nosso atendimento, eles estão dando solução a muitos destes problemas.

Quanto à organização da atenção básica para estratégia de saúde da família, o programa de agentes comunitários de saúde que ainda faltam integrantes para abarcar toda área do município melhorando assim as ações de vigilância em saúde e atenção básica.

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde como objetivo de desenvolver uma atenção integral que importe na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Considerando a dinamicidade positiva existente entre os trabalhadores da UBS do São José do Piauí, permitindo acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minimizar danos.

Devemos destacar o trabalho dos agentes de saúde que participam diretamente do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe de saúde, que ainda em nossa UBS não se tem formado. Eu acho que deve

de constituir para uma melhor atuação da equipe, fortalecendo os que existem e criando os que não têm como é o caso de grupos de adolescentes, aleitamento materno, idosos, planejamento familiar, entre outros, assim como a realização e atenção em saúde bucal, individual e coletiva a todas as famílias e indivíduos e grupos específicos.

Na área da referida UBS temos 1.798 habitantes, 854 pessoas do sexo masculino e 944 do sexo feminino. Como podemos observar, temos predomínio do sexo feminino sobre o masculino:

Faixa etária	Mulher	Homem	Total
Menores de 1 ano	6	90	96
1-4 anos	42	41	83
7-9 anos	21	43	64
10-14 anos	86	61	147
15-19 anos	64	71	135
20-39 anos	276	247	523
40-49 anos	121	108	229
50-59 anos	109	80	189
Mais de 60 anos	182	163	345
Total	907	904	1811

Podemos verificar uma tendência ao envelhecimento e a partir de 20 anos temos uma prevalência do sexo feminino sobre masculino. Nossa equipe de saúde não tem problemas para chegar a estes usuários de forma organizada, fazemos as consultas programadas agendadas para desta maneira, poder chegar pouco a pouco a todos os usuários de nossa área, visitas domiciliares e aquele que não podem ir até a unidade, palestras e outras atividades programadas por o equipe.

A demanda espontânea e a demanda do usuário para atividade na UBS não agendada ou que não é específica de nenhum setor, o acolhimento se faz em todas as relações de cuidado nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários nos atos de receber e escutar as pessoas e que pode acontecer de formas variadas. Em minha UBS, se faz acolhimento de forma organizada, na recepção, é feita por técnico /auxiliar de enfermagem de uma maneira muito acolhedora, faz a recepção do usuário e a primeira pessoa que escuta o principal problema do usuário, se for necessário aferir os sinais vitais do usuário e logo tendo em conta sua doença por prioridade vai a passar pela consulta medica, este acolhimento se faz todos os dias nos turnos da manhã e da tarde. Creio que o acolhimento se faz de maneira muito

rápida sempre buscando que o usuário sinta-se satisfeito e este processo dura em nossa unidade de 5-10 minutos em nossa unidade.

A equipe conhece a classificação de risco biológico para definir o encaminhamento de demanda do usuário, alguns dos usuários em nossa UBS solicitam consultas para o enfermeiro quando estão com problemas de saúde agudos que precisam ser atendidos no dia, o enfermeiro oferece sem problemas este atendimento, não temos neste momento excesso de demanda para consultas de usuários com problemas de saúde. Nossa equipe, a respeito do excesso de demanda de atendimento no dia toma diferentes alternativas, por exemplo, orienta o usuário para retornar outro dia, também temos que os usuários solicitam consultas para o enfermeiro quando estão com problemas de saúde agudos que precisam de atendimento imediato, não temos excesso de demanda nestes casos, os usuários em nossa unidade básica solicitam consultas médicas para o enfermeiro quando estão com problemas de saúde agudos que precisam de atendimento imediato, não temos excesso de demanda neste caso.

Os usuários em nossa unidade básica solicitam consultas médicas quando estão com problemas de saúde agudos que precisam ser atendidos no dia, o médico oferece este tipo de atendimento, sem problema algum, o tempo de atendimento imediato pelo médico não excede os 30 minutos se faz rápido, temos excesso de demanda para as consultas de usuários com problemas de saúde agudos que necessitam de atendimento imediato, principalmente aquelas pessoas residente na área de cobertura da UBS, se faz atendimento as pessoas que nesse momento não podem esperar outro dia pela severidade de sua doença e os outros que podem esperar se orientam retornar outro dia, também os usuários solicitam consultas para o dentista quando estão com problemas de saúde agudos que precisam de atendimento imediato neste caso o dentista oferece este tipo de atendimento sem problema.

O tempo de acolhimento é muito rápido muito menos de 30 minutos, neste momento não temos excesso de demanda por parte do dentista, em nossa unidade se oferece atendimento odontológico especializado, como por exemplo, tratamento de canal, tratamento periodontal, cirurgias e lesões de mucosa, ainda têm que trabalhar nessas dificuldades para lograr que o usuário possa resolver todos seus problemas de saúde.

O SUS na atualidade é um dos maiores exemplos de política no Brasil, tem um conjunto de políticas em saúde, apesar de sofrer de problemas crônicos entre os quais o financiamento insuficiente ainda há muito que fazer.

Em minha UBS se faz um organizado atendimento, neste momento não temos usuários fora de área de cobertura, quem realiza o atendimento e o médico o enfermeiro, os quais sempre no final de cada consulta programam a próxima consulta, ainda há muito que fazer em saúde, não tem protocolo de atendimento pré-natal em nossa UBS, fazemos diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde tomou medidas de controle, para a prevenção das diferentes patologias, falamos com os usuários sobre os hábitos alimentares saudáveis, de atividade física, promoção de saúde bucal e mental tem em conta sempre os protocolos para encaminhamento das usuários para outras especialidades, para internação hospitalar, para os serviços de pronto atendimento e atendimento de pronto socorro também.

A estimativa do número de crianças menores de um ano residentes na área é de 27 crianças, conforme o Caderno de Ações Programáticas (CAP), das quais 22 crianças estão cadastradas e acompanhadas pela unidade, uma cobertura de 81%. Em relação à saúde da criança do total de acompanhados, 19 (86%) realizaram primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, 6 (27%) fizeram triagem auditiva, 17 (77%) realizaram avaliação de saúde bucal, 22 (100%) das mães foram orientadas sobre aleitamento materno exclusivo e 12 (54%) sobre prevenção de acidentes.

O Número estimado de gestantes residentes na área conforme o CAP é aproximadamente 26, desse total temos cadastradas e acompanhadas 12 gestantes (44%); e o número estimado de partos nos últimos 12 meses foram 27, onde realizamos 27 (100%) de consulta de puerpério nos últimos 12 meses. Os atendimentos que fazemos as gestantes são registrados no prontuário clínico, formulário especial de pré-natal, tem arquivo específico para os registros dos atendimentos às gestantes, o qual costuma ser revisado quinzenalmente com a finalidade de verificar as gestantes faltosas, identificar as gestantes em data provável de parto, identificar as gestantes, com pré-natal de risco e para avaliar a qualidade do programa, a forma do registro destes dados. Foram muito importante para preencher da parte de pré-natal do caderno de ações programáticas, todas as gestantes de minha unidade tem os exames feitos no primeiro trimestre, às

consultas são feitas de acordo com o calendário, fazendo um correto seguimento, solicitação de exames na primeira consulta sempre, falando sobre a importância da vacina de hepatite b e antitetânica, prescrição de suplementação de sulfato ferroso, exame ginecológico as usuárias que precisam. Ainda temos que melhorar na atenção a gestante as atividades educativas, para sensibilizar as mulheres sobre a importância de realizar o pré-natal.

Existem passos que toda pessoa pode seguir para manter seu corpo o mais saudável possível, como seguir uma dieta balanceada, manter um peso saudável, não fumar, limitar o consumo de álcool e fazer exercício de forma regular, um dos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama.

Em minha unidade básica não realizamos ações de estímulo à prática regular de atividade física para as mulheres da área de cobertura, que é um dos fatores de risco para contrair o câncer de mama, outro fator de risco muito importante é o sedentarismo, temos que trabalhar conjuntamente com educador físico para melhorar esses dois aspectos muito importantes. Realizamos ações que orientam os malefícios do consumo excessivo de álcool, educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, muito importante na prevenção de câncer de mama também, é realizadas ações de rastreamento do câncer de mama a os usuários com suspeita de câncer sintomático são indicadas as mamografias, os usuários com fatores de risco.

O rastreamento em nossa UBS é realizado um dia da semana, um só turno pela manhã, não temos no momento mulher fora da área de cobertura que realizem rastreamento do câncer de mama na UBS. Quem realiza as ações de rastreamento é o médico, enfermeiro e técnico de enfermagem. Existem profissionais que aproveitam seu contato com os usuários para modificar as necessidades de realizar as ações de rastreamento de câncer utilizado e oportunístico. Acho que ainda temos que trabalhar para organizar muito melhor o rastreamento.

Uma deficiência que temos é a ausência de protocolo de controle de câncer de mama em minha UBS, o qual é muito importante para tomar a conduta adequada nestes casos, os profissionais investigam os fatores de risco para o câncer de mama em todas as mulheres que realizam ações de rastreamento na UBS nos últimos 3 anos; 23 mulheres foram identificadas com mamografia alterada, 9 delas tiveram perda do seguimento não foi acompanhadas de acordo com o protocolo, todos os atendimento que se fazem as mulheres que realizam mamografia são registrados no

livro de registros, no prontuário clínico, no formulário especial, não temos ainda um arquivo específico para os registros dos resultados da mamografia, o que dificulta ter um maior controle e organização destas pessoas com esta patologia.

Segundo o CAP o número de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área 134, onde temos registros de 114 (85%) cadastradas e acompanhadas. Temos 10 usuários com mamografia em dia (8%), 23 usuários com avaliação de risco para câncer de mama (20%), e 41 mulheres receberam orientação sobre prevenção de câncer de mama (36%).

Temos que continuar pesquisando usuários com risco de padecer de câncer de mama, sempre tendo em conta antecedentes pessoais, antecedentes familiares, obesidade, sedentarismo. Preparar palestras para orientação destas usuários com risco é uma das formas de prevenir. Em nossa unidade temos profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações de controle do câncer de mama: assistente social, enfermeiro, médico, técnico/auxiliar de enfermagem, estes profissionais realizam reuniões uma vez ao mês se dedicam também a avaliação e monitoramento de controle do câncer de mama e essas reuniões se fazem também mensalmente.

As fontes de dados que foram utilizadas para monitoramento das ações de controle do câncer de mama foram SIAB, registros específicos do programa e o prontuário. Eu acho que ainda temos que trabalhar muito, ainda ficam muitas dificuldades, temos que fazer mais ações de promoção e prevenção, explicar para todos os usuários mediante as palestras a importância que tem fazer auto exame de mama, para a detecção precoce de câncer de mama.

O câncer de colo uterino é causado por um vírus chamado papiloma humano, o qual é contraído por contato sexual, o corpo da mulher na maioria das vezes é capaz de combater a infecção de HPV, mas algumas vezes o vírus conduz a um câncer, as mulheres com maior risco são as que fumam as que têm muitos filhos, as que têm utilizado anticoncepcional por muito tempo ou as que têm infecção por HIV. No princípio não tem sintomas, mas mais tarde pode haver dor na pélvis ou sangramento vaginal, o médico pode encontrar as células anormais com uma citologia vaginal de papanicolau. Fazer exame citopatológico periodicamente permite detectar e tratar qualquer problema antes que se converta em um câncer, em nossa unidade básica os profissionais de saúde orientam as mulheres da área de cobertura para uso de preservativo em todas as relações sexuais.

São realizadas ações que orientam sobre os malefícios do tabagismo, educação da mulher para a realização periódica do exame preventivo de câncer de colo uterino. É realizada a coleta de exame citopatológico de colo uterino pela enfermeira. Muitos profissionais às vezes aproveitam seu contato com as mulheres para verificar a necessidade de realizar prevenção de câncer de colo uterino, o qual tem tratado com nossa secretaria de saúde para dar solução a este problema, nós como profissionais investigamos os fatores de risco para o câncer de colo uterino em todas as mulheres que realizam o exame citopatológico de colo uterino em minha UBS.

Segundo o CAP o número estimado de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área 434, e 415 (96%) estão cadastradas. Neste temos 26 usuários com exame citopatológico para câncer de colo em dia (6%); temos 16 usuários com exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de seis meses de atraso (4%), temos 23 com exame citopatológico alterado (6%), temos 31 com avaliação de risco para câncer de colo de útero (7%), temos 112 com orientação sobre prevenção de CA de colo de útero (27%), temos 107 usuários com exames coletados com amostras satisfatórias (26%), temos 16 com exames coletados com células representativas da junção escamocoluna (4%).

Os atendimentos das mulheres que realizam a coleta de exame citopatológico são registrados no livro de registros, prontuário clínico, formulário especial pra citopatológico, não temos um arquivo específico para o registro dos resultados dos exames citopatológico. A equipe faz atividades com grupos de mulheres as quais são realizadas no âmbito da UBS, na associação de bairro, em igrejas, mais ou menos são realizadas quatro grupos de mulheres por mês. Os profissionais que participam das atividades de grupo com mulheres são assistente social, enfermeiro, médico clínico geral, técnico/auxiliar de enfermagem.

Temos profissionais em nossa UBS que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do programa de prevenção do câncer de colo, eles são o enfermeiro, médico clínico geral, técnico/auxiliar de enfermagem. As fontes de dados que são utilizadas para realizar avaliação e monitoramento do programa de prevenção de câncer de colo uterino são: SIAB, SISCOLO, registros específicos do programa e os prontuários. O indicador de cobertura de câncer de colo do útero esta em 30%, o que indica ainda uma baixa cobertura, precisando trabalhar mais, para que estas usuários sejam bem atendidas por sua patologia.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são dois temas muito importantes para nós como médicos de atenção básica, são as patologias crônicas mais frequentes em nossas consultas todos os dias. Em nossa UBS nós fazemos ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis para os portadores de HAS e/ou DM de nossa área de cobertura, ações sobre os malefícios de consumo excessivo de álcool, ações sobre os malefícios do tabagismo.

Uma das dificuldades que ainda temos é que em minha unidade não se faz ações para o controle de peso corporal, o que acho muito importante, sendo um fator de risco da HAS e DM e obesidade, temos que trabalhar para fazer trabalhos de promoção do controle de peso corporal, tem que fazer também ações de estímulo à prática regular da atividade física para os usuários com estas doenças. Eu acredito que conjuntamente o médico, enfermeiro e o educador físico têm que fazer atividades de promoção e prevenção que incentivem os usuários a realizar estas atividades tendo em conta sua importância.

Em minha unidade fazemos atendimento a todos os adultos portadores de HAS da área de abrangência, todos os dias da semana e acontece nos dois turnos. Neste momento temos adultos com HAS fora da área de cobertura que algumas vezes são atendidos na UBS, a proporção é mais ou menos uns 20%. Quem participa do atendimento dos adultos com HAS é o assistente social às vezes, o enfermeiro, médico, nutricionista, técnico de enfermagem. Acho que pouco a pouco temos que buscar incorporar a estas consultas o educador físico, odontólogo, psicólogo para tratar que a consulta seja o mais completa possível.

O usuário logo em cada consulta sai com a programação da próxima consulta, além das consultas programadas para acompanhamento da HAS. Existe demanda de adultos para atendimentos de problemas de saúde agudos devido a HAS. A área de residência dos adultos que demandam atendimento para problemas de saúde agudos devido a HAS e o área de cobertura da UBS e fora da área de cobertura do UBS também temos, não temos oferta de atendimento para adultos com problemas de saúde agudos devido a HAS. Temos excesso de demanda de adultos para atendimentos de problemas de saúde agudos devido a HAS, a equipe lida com o excesso deste tipo de demanda, fazendo atendimento mesmo tendo excedido a sua capacidade, não se faz agenda atendimento para outra data, tampouco se orienta ao usuário que procure outro serviço de saúde.

A unidade conta com protocolos de atendimento para usuários com HAS, produzido pelo ministério da saúde, e os profissionais que utilizam no atendimento são o médico, enfermeiro, nutricionista, técnico e auxiliar de enfermagem. As ações desenvolvidas para o cuidado dos portadores de HAS são: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de saúde mental, diagnóstico de alcoolismo ainda não se faz, tratamento o qual devemos programar, se faz diagnóstico e tratamento de obesidade, do sedentarismo, só diagnóstico de tabagismo não tratamento ainda.

Utilizamos classificação para estratificar o risco cardiovascular dos adultos portadores de HAS, além disso, utilizamos protocolos para regular o acesso dos adultos com HAS a outros níveis do sistema de saúde. Os protocolos mais usados são, por exemplo, encaminhamento para atendimento das especialidades, encaminhamento para internação hospitalar, encaminhamento para serviços de pronto atendimento, encaminhamento para atendimento de pronto socorro.

Os atendimentos que nós fazemos são registrados no prontuário clínico, alguns na ficha de atendimento odontológico e ficha de atendimento nutricional, ainda não temos arquivo específico para os registros dos atendimentos dos adultos com HAS. Com todos os usuários com HAS sempre tratamos de explicar quais são os principais sinais e sintomas de HAS para que eles possam acudir em tempo a unidade em caso de ter a pressão muito alta.

Temos em nossa UBS o programa Hiperdia que funciona muito bem, o responsável pelo cadastro dos adultos no programa é o enfermeiro, médico, nutricionista, técnico/auxiliar de enfermagem, e o responsável pelo envio dos cadastros a secretaria municipal de saúde é o enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem.

Realizamos atividades em grupos de adultos com HAS, os quais são realizados no âmbito da UBS, na associação de bairro/comunitária, em igrejas, temos boa participação dos adultos com HAS o percentual é de um 56%. Os profissionais que participam das atividades de grupo são às vezes o educador físico, o enfermeiro, médico, nutricionista, técnico/auxiliar de enfermagem. Para o controle do planejamento, gestão e coordenação das ações, se fazem reuniões mensais, as fontes de dados utilizadas pelos profissionais para realizar avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com HAS foram SIAB, Hiperdia e os prontuários.

O atendimento médico dos usuários com DM em minha UBS é muito bom, fazemos atendimentos todos os dias da semana, em todos os turnos, temos adultos fora da área de cobertura aos quais se faz atendimento na UBS, quem participa do atendimento também destes usuários é o médico, enfermeiro, nutricionista, técnico/auxiliar de enfermagem, após cada consulta todo usuário sai com a próxima consulta agendada, temos demanda de adultos para atendimento de problemas de saúde agudos devido a DM, principalmente fora de área de cobertura.

Temos protocolos de atendimento para usuários portadores de DM, o qual quem produzido foi o ministério da saúde, o médico, o enfermeiro, nutricionista utilizam com frequência esses protocolos, faz também igual com os usuários com HAS ações para o cuidado dos adultos com DM, por exemplo, imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problema de saúde bucal, diagnóstico e tratamento de saúde mental, diagnóstico e tratamento de a obesidade, do sedentarismo. Utilizamos classificação para estratificar o risco cardiovascular dos adultos portadores de DM, não temos neste momento protocolos para regular o acesso dos adultos com DM.

Os atendimentos que fazemos dos usuários com DM são registrados no prontuário clínico, ficha de atendimento odontológico, ficha de atendimento nutricional e ficha de espelho da vacina. Não temos arquivo específico para os registros dos atendimentos dos adultos com DM.

As atividades em grupo são realizadas no âmbito do UBS, na associação de bairro/comunitária e em igrejas. Os profissionais que participam das atividades de grupo são o médico, enfermeiro, nutricionista, técnico/auxiliar de enfermagem. Eles também se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas, fazem reunião mensal, as fontes de dados utilizadas pelos profissionais para realizar avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com DM são SIAB, Hiperdia e prontuário.

A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é de 361 usuários pelo CAP, estão cadastrados e acompanhados 253 (70%) usuários com HAS, temos 13 (5%) que tem realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 7 (2%) usuários com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, 65 (25%) com exames complementares periódicos em dia, 65 (25%) foram orientados sobre prática de atividade física regular, 22 (8%) que tem

sido orientados sobre alimentação saudável, 7 (2%) com avaliação de saúde bucal em dia.

A estimativa do número de diabéticos com 20 anos e mais segundo o CAP é 103, destes 77 (75%) usuários estão cadastrados e acompanhados. E do total de acompanhados 7 (9%) com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério de risco, 7 (9%) com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, 50 (65%) com exames complementares periódicos em dia, 32 (41%) com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, 34 (44%) com palpação dos pulsos tibial posterior e prédio nos últimos três meses, 5 (6%) com medida de sensibilidade dos pés nos últimos meses, 6 (7%) com orientação nutricional para alimentação saudável, 3 (3%) com avaliação de saúde bucal em dia.

Acredito que ainda temos que continuar trabalhando para diminuir o índice de usuários com HAS e DM em nossa unidade de saúde fazendo mais trabalhos preventivos e de promoção brindando conhecimento aos usuários sobre sua patologia, mudanças que tem que fazer nos estilos de vida e modo de vida para melhorar a qualidade de vida.

A etapa de senectude, ancianidade é uma das etapas mais importantes e mais bonitas da vida humana, apesar de que nesta idade as pessoas idosas vão perdendo pouco a pouco suas habilidades, a capacidade para socializar, de realizar atividade, perda da capacidade intelectual, vão aparecendo doenças crônicas como, por exemplo, DM, HTA, Alzheimer, artrose, osteoporose. É uma das etapas da vida onde o ser humano precisa de mais cuidado, compreensão por parte da família, da sociedade, minha comunidade nestes momentos tem grande quantidade de pessoas idosas.

O atendimento na unidade se faz todos os dias da semana, ele acontece nos dois turnos, temos pessoas idosas fora de área de cobertura os quais realizamos atendimento em nossa UBS, quem participa do atendimento de idosos em minha UBS é o enfermeiro, médico, nutricionista, odontólogo, técnico/auxiliar de enfermagem, técnico/auxiliar de consultório dentário, agente de saúde, logo em cada consulte o idoso sai com a próxima consulta agendada. Temos demanda de usuários idosos para atendimento de problemas de saúde, a área de residência de idosos que demandam atendimento por problemas de saúde agudos, não temos excesso de demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde agudos, não temos tampouco protocolos do atendimento para idoso o que constitui uma

deficiência, e algo muito importante para tomar diferentes condutas corretamente tendo em conta cada patologia.

As principais ações desenvolvidas em minha UBS para o cuidado dos idosos são as imunizações, promoção de atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção de saúde bucal, promoção de saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de saúde bucal, diagnóstico e tratamento do sedentarismo, diagnóstico de tabagismo, diagnóstico de alcoolismo ainda não se faz tratamento.

Não temos protocolo para regular o acesso a outros níveis do sistema de saúde, os atendimentos dos usuários são registrados nos prontuários clínicos, nas fichas de atendimento nutricional e ficha de espelho de vacinas, não temos arquivo específico para os registros de atendimentos de idosos o qual é muito importante, pois assim teremos maior organização nestas consultas, nos permitem analisar quais são os usuários que não estão assistindo as consultas e ter um maior conhecimento das patologias relacionadas, DM, HAS, artrose, demência e outras doenças mais frequentes nessa idade.

Em nossa UBS se avalia capacidade funcional global do idoso por vocação do exame clínico, nós explicamos aos usuários idosos e seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência de idosos, tais como HAS, DM e depressão, além disso, em minha unidade existe a caderneta de saúde, em cada atendimento, são solicitados para preencher com as informações mais atuais do idoso, o responsável pelo preenchimento da caderneta é o enfermeiro, nutricionista, técnico/auxiliar de enfermagem, não temos estatuto do idoso na UBS.

A equipe faz atividades com grupos de idosos, no âmbito da UBS, na associação de bairro comunitário e em igrejas, temos grande número de idosos que participam destas atividades. Realizamos visitas domiciliares, o médico, o enfermeiro, a nutricionista às vezes e técnico/auxiliar de enfermagem. Os profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos são as mesmas pessoas, eles fazem reuniões mensais, para refletir sobre os problemas mais frequentes que afetam o atendimento. As fontes de dados mais utilizadas pelos profissionais para realizar avaliação e monitoramento são SIAB, Hiperdia e prontuários.

O número de idosos com 60 anos ou mais residentes na área, estimado pelo CAP, é de 191. Atualmente, na UBS há um total de 145 (76%) usuários idosos cadastrados, só 97 apresentam caderneta de saúde (67%), 76 tem realização multidimensional rápida (52%), 88 tem acompanhamento em dia (61%), temos 74 usuários idosos com HTA (51%), temos 58 usuários com DM (40%), 45 usuários tem avaliação de risco por morbimortalidade (31%), 40 usuários tem investigação de fragilização na velhice (28%), 140 recebem orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis (97%), 136 usuários tem orientação para atividade física regular (94%) e 83 com avaliação de saúde bucal (57%). Os indicadores indicam que devemos continuar trabalhando.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Quando eu fiz a análise de minha ESF na semana de ambientação detectamos muitos problemas que estava afetando o atendimento médico e estava trabalhando para que de uma forma rápida possa solucionar esses problemas, ainda ao fazer a análise situacional tem muitos problemas que foi dada solução, mas ainda ficam alguns para solucionar, continuamos trabalhando para ter uma ótimo atendimento em nosso posto de saúde.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde como objetivo de desenvolver uma atenção integral que importe na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde, a hipertensão arterial e a diabetes mellitus são duas doenças crônicas transmissíveis que mais estão afetando a população mundial pela quantidade de pessoas com este tipo de doença as quais tem como consequência diversas complicações. Brasil é um dos países que tem um alto índice de pessoas com estas doenças crônicas e inclusive muitas sofrendo das complicações se estas, em nosso município temos um grande percentagem de pacientes portadores de estas patologias, já temos chegado a cadastrar até um 93,2 dos pacientes diabéticos e até 45,2 dos pacientes hipertensos ainda temos que trabalhar para lograr incorporar até 100 % dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Logo depois de fazer um estudo com profundidade da análise situacional na unidade de saúde, chegamos à conclusão que o problema mais urgente para resolver é com os usuários que apresentam alguma doença crônica, especialmente diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. Essas são doenças que com um diagnóstico precoce, tratamento adequado, a identificação de risco cardiovascular, a ação conjunta com o nutricionista, dentista a presença do psicólogo, permite o reconhecimento do usuário da doença que ele tem aceitá-la e aprender a conviver com ela, evitando suas complicações mediatas e imediatas, nossa principal tarefa e a organização promoção e prevenção de saúde através de reuniões com os usuários doentes e saudáveis utilizando como meio as palestras, painéis de

discussão educacionais, vídeos educativos, entre outras atividades que se fazem pelos outros integrantes da equipe principalmente pelos agentes comunitários de saúde.

Minha unidade tem uma boa estrutura física, tem sala de espera onde se acomodam mais ou menos 30 pessoas, sala de reunião, não tem sanitário, temos sala de vacina, sala de curativo, duas salas de nebulização, farmácia, dois consultórios odontológicos que tem área específica para o compressor, contamos com sanitários para pessoas deficientes, para funcionários, cozinha, depósito para material de limpeza, sala de esterilização, temos abrigo para resíduos sólidos, depósito para o lixo não contaminado, tem uma sala para os agentes comunitários, todos os ambientes de minha unidade tem janelas ou ventilação indireta exceto a cozinha, depósito de lixo, depósito de limpeza que não tem, eu acho que é muito importante ter nesses lugares boa ventilação, pelo risco de contrair alguma doença respiratória ou outra.

Os consultórios são utilizados de forma compartilhada pelos profissionais da equipe, possuem condições de realizar o atendimento e em mesa de escritório com o usuário e acompanhantes sentados e mesa de exame clínico, a sala de vacina está situada de forma que evita o trânsito dos usuários nas demais dependências, o depósito de lixo não contaminado está fechado, com ventilação e proteção contra roedores, o lixo contaminado é recolhido só uma vez por semana. Nossa unidade tem um consultório odontológico que se encontra em boas condições.

Temos agentes comunitários de saúde em nossa UBS, eles têm uma boa disponibilidade e suficiência de materiais e equipamentos necessários para a realização das atividades na área de abrangência da UBS, por exemplo, balanças para crianças, filtro solar, material de expediente, uniforme, outros como prontuários, mochilas, Uma dificuldade é que nosso agente comunitário não tem meios de locomoção para o deslocamento na área de abrangência da UBS.

A justificativa que determinou a escolha de trabalhar com usuários com HAS e/ou DM foi à necessidade de continuidade no acompanhamento destes usuários de maneira contínua, além disso, a necessidade de fortalecer os conhecimentos sobre os principais fatores de risco, as principais complicações e sobre as mudanças no estilo e modo de vida.

A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é de 361 usuários pelo CAP, estão cadastrados e acompanhados 253 (70%)

usuários com HAS. E a estimativa do número de diabéticos com 20 anos e mais segundo o CAP é 103, destes 77 (75%) usuários estão cadastrados e acompanhados. O que mais motivou a equipe a realizar este projeto de intervenção foi à melhoria da atenção aos usuários com HAS e DM, ampliando a cobertura de usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus, melhorando a adesão destes usuários, melhoria dos registros de informações.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários diabéticos e/ou hipertensos na UBS/ESF da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Piauí/PI

2.2.2 Objetivos específicos e metas

1. Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos.
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

2.2.3 Metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos.

Metas.

1.1 Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.2 Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas.

2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Metas.

3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Metas.

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Metas.

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas.

6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS da Secretaria Municipal de São José do Piauí/PI. Participarão da intervenção todos os usuários adultos portadores HAS e/ou DM residentes na área de abrangência da unidade. Serão utilizados as planillas de coleta de dados , as fichas espelhos para melhor desarrollo de nossa intervenção .

2.3.1 Detalhamento das ações

Ações.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

AÇÕES/DETALHAMENTO:

Organização e gestão dos serviços: Iremos garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa, melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM. Garantir o material adequado para a tomada da medida de pressão arterial e realização de hemoglicoteste, na unidade de saúde.

AÇÕES/DETALHAMENTO:

Monitoramento a avaliação: O monitoramento será realizado através do controle da produção mensal, através do livro atendimento, dos prontuários dos usuários, dos atendimentos realizados pelo médico, registros de atendimentos dos agentes de saúde e da enfermeira, além de monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrado no programa cada mês.

AÇÕES/DETALHAMENTO:

Engajamento público: Vamos realizar palestras educativas no posto toda semana (quinta feira de manha), como os usuários presentes e na comunidade, na qual também estarão presentes: o enfermeiro, os agentes de saúde, secretário de saúde. E as palestras serão feitas com meios ilustrativos para que estes usuários possam entender a formação que queremos transmitir sobre o desenvolvimento do projeto de atenção a usuários com HTA e DM.

AÇÕES/DETALHAMENTO:

Qualificação da prática clínica: Durante o primeiro mês realizaremos reuniões semanais para capacitar os profissionais da equipe de saúde e agentes comunitários de saúde sobre acolhimento e conhecimento sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus como fazer uma verificação da pressão arterial correta e hemoglicoteste na unidade de saúde, mediante aulas, palestras, vídeos ilustrativos.

Objetivo2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos da unidade de saúde.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

AÇÕES/DETALHAMENTO:

Monitoramento e avaliação: Será realizado o monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde semanalmente por meio das consultas de segunda até sexta-feira e no caso dos acamados só quarta-feira, o monitoramento da realização de exame clínico, exames laboratoriais solicitados para os hipertensos e diabéticos nas consultas. Vamos realizar o monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, os usuários que necessitam de atendimento odontológico. As consultas previstas serão monitoradas para cumprir a periodicidade. Será monitorada a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde e realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Será monitorada a realização de todas as orientações: sobre prática de atividade física, saúde bucal, alimentação saudável e risco do tabagismo.

AÇÕES/DETALHAMENTO:

Organização e gestão do serviço: Vamos estabelecer periodicidade, esta será duas vezes na semana no horário de uma da tarde segunda e sexta-feira para atualização dos profissionais dispondo de versão atualizada do protocolo em unidade de saúde, organizar a atualização dos profissionais a respeito da versão atualizada do protocolo da unidade de saúde, organizar atualização dos profissionais de acordo com os protocolos, definir, atribuições de cada membro de equipe no exame clínico de usuário diabético e hipertenso cadastrado, garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares, assim como garantir a solicitação dos exames. Estabelecer sistemas de alerta, o responsável para este sistema de alerta vai ser o enfermeiro do equipe de saúde os exames preconizados, manter o registro das necessidades de medicamentos, dos

hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, assim como realizar estoque de medicamentos, organizar ações, para avaliação de necessidade de atendimento odontológico dos usuários com HTA e DM.

AÇÕES/DETALHAMENTO:

Engajamento público: Iremos orientar a comunidade sobre a existência do programa para hipertensos e diabéticos em UBS, orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos das doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos, e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Orientar quanto à necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem de ser feitos estes, orientar em quanto aos direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos farmácia popular / hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Orientar a importância de realizar avaliação de saúde bucal, especialmente em diabéticos e hipertensos.

AÇÕES/DETALHAMENTO:

Qualificação da prática clínica: Vamos capacitar à equipe em protocolo de atendimento em HAS e DM, capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para a solicitação de exames complementares, realizar atualização do profissional no tratamento de HTA E DM, capacitar a equipe para orientar os usuários sobre alternativas de saúde bucal, para obter acesso a medicamentos de farmácia popular, capacitar a equipe para avaliação de necessidade de atendimento odontológico em hipertensos e diabéticos. todos os integrantes da equipe de forma organizada cada um de eles vai ser responsável da cada uma das capacitações por exemplo no caso das capacitações sobre saúde bucal, vai ser feita pela dentista da equipe, as capacitações de a prática de exercício físico pela agente de saúde e nutricionista, no caso alimentação saudável, nutricionista, enfermeira e medico, no caso das capacitações sobre os riscos de tabagismo a enfermeira com os agentes de saúde, no caso da diabetes e hipertensão. Nas questões gerais tudo sobre estas doenças e tema será tratado pelo médico e enfermeira.

Objetivo3: Melhorar a adesão de hipertensos e /ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

AÇÕES/DETALHAMENTO

Organização e gestão do serviço: Iremos organizar visitas domiciliares pelo menos duas vezes por semana para os ACS fazerem à busca ativa de faltosos as consultas. Também vamos organizar a agenda para escolher os usuários diabéticos e hipertensos provenientes das vistas domiciliares.

AÇÕES/DETALHAMENTO

Monitoramento e avaliação: Vamos monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas, no protocolo de HTA e DM, avaliar o cumprimento das ações previstas na intervenção e em processo de produção de forma mensal.

AÇÕES/DETALHAMENTO

Engajamento público: Iremos informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de HAS e DM, esclarecer a comunidade sobre a periodicidade preconizada para as consultas de DM e HTA, esta atividade será feita da seguinte maneira mediante as agentes de saúde avisamos a grande quantidade de usuários diabéticos e hipertensos agrupamos a eles não proíbe e um local adequado para palestras e mediante uma palestra comunicamos a eles todo sobre a importância de estas consultas, aspectos gerais sobre estas duas doenças, além disso, esclarecemos algumas duvidas.

Qualificação da pratica clínica: Capacitar os ACS e a equipe completa sobre orientador os hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e periodicidade. esta será feita duas vezes por semana segunda e sexta feira depois do atendimento.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações das consultas de HAS e DM.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

AÇÕES/DETALHAMENTO

Organização e gestão do serviço: Vamos organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta, quando à atualização em consultas, a não realização de exame complementar, a estratificação de risco cardiovascular, e a não avaliação de comprometimento de órgãos alvos. Também vamos programar a ficha de acompanhamento, pactuar com a equipe o registro e responsável pelo monitoramento, manter as informações do SAIB atualizadas o responsável pela atividade será a enfermeira. **AÇÕES/DETALHAMENTO**

Monitoramento e avaliação: Vamos fazer o monitoramento da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos, acompanhados na unidade de saúde o responsável será o medico e a enfermeira.

AÇÕES/DETALHAMENTO

Engajamento público: Vamos orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via seja necessário. as orientações serão feitas no local previsto para estes encontros agrupamos todos eles então orientamos eles sobre seus direitos sobre este tema o responsável de esta tarefa a e o medico.

AÇÕES/DETALHAMENTO

Qualificação prática clínica: Vamos capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético, capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. estas as capacitações serão feitas pela enfermeira do equipe.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

AÇÕES/DETALHAMENTO

Organização e gestão do serviço: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. **AÇÕES/DETALHAMENTO**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de, pelo menos, uma verificação da estratificação de risco por ano. Feito pelo medico e a enfermeira do equipe.

AÇÕES/DETALHAMENTO

Engajamento público: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis como alimentação, peso, estilo de vida, orientar os usuários quanto a seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular. mediante as consultas individuais e as palestras coletivas .

AÇÕES/DETALHAMENTO

Qualificação de prática clínica: Capacitar a equipe e ACS quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis segundo protocolo de HAS e DM, capacitar a equipe para realizar estratificação de risco, segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo capacitar a equipe para importância do registro de avaliação. Serão feitas pelo médico e enfermeira da equipe.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

AÇÕES/DETALHAMENTO

Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável com a presença de nutricionista da unidade de saúde. Organizar e garantir com o gestor municipal práticas coletivas para orientação de atividades físicas com a presença de um educador físico. Demandar ao gestor a

compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo, envolver ao dentista dentro do programa para manter boa higiene bucal nos usuários diabéticos e hipertensos. Organizar tempo no meio das consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

AÇÕES/DETALHAMENTO

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação nutricional, realização de atividades físicas regular, orientação sobre os riscos de tabagismo, assim como orientação da higiene bucal em o 100% de hipertensos e diabéticos cadastrados em UBS. o monitoramento será feito pelo medico pesquisando por meio dos usuários perguntando a eles sobre a alimentação como esta sendo desenvolvida por eles si estão fazendo da forma que foi orientada pelo equipe , sim estão fazendo as caminhadas orientadas para melhorara a atividade física regular , sim estão assistindo as consultas programadas pelo dentista .

AÇÕES/DETALHAMENTO

Engajamento público: Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância de uma alimentação saudável a importância sobre da prática de atividades físicas regulares, assim como orientar aos usuários tabagistas, a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, orientar a os hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal. As atividades serão feitas pelos integrantes da equipe de saúde dependendo do tema, as de hipertensão arterial e diabetes mellitus serão realizadas pela médica e enfermeira, as de risco de tabagismo pelos agentes de saúde, sobre alimentação saudável pela nutricionista, as de saúde bucal pela odontologia conjuntamente com toda equipe, as de atividade física regular pela enfermeira, agentes de saúde e a médica. E assim dessa maneira rotativa serão feitas todas as atividades para os usuários, todos os integrantes do grupo terão que se preparar sobre o tema.

AÇÕES/DETALHAMENTO

Qualificação da pratica clinica: Capacitar à equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde, alimentação saudável, pratica de atividades físicas regulares, para tratamento de usuários tabagistas e para oferecer orientações de higiene bucal. serão feitas pelo medico , enfermeira e nutricionista mediante palestras .

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3: Melhorar adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa HIPERDIA.

Meta 3.1: Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para fazer a logística do projeto de intervenção de Diabetes mellitus e Hipertensão arterial, nós utilizaremos o protocolo de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus para atenção básica em saúde, de janeiro de 2013 do Ministério de Saúde, vamos utilizar a ficha de atenção a hipertensos e diabéticos da UBS e atenção de saúde bucal destas mesmas doenças. Esta ficha de acompanhamento nos permite a coleta das seguintes informações, sobre acompanhamento de saúde bucal, exame clínico e dados relativos à classificação de risco, encaminhamentos a nutricionistas de nossa área às vezes de maneira incompleta.

O médico e a enfermeira vão elaborar uma ficha para a coleta de todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, para fazer o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha manual, para organizar o registro específico do programa, será feito pelo livro de registro, para identificar os usuários diabéticos e hipertensos que vieram ao serviço para consulta de acompanhamento, a enfermeira localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha complementar que também serão usadas por agentes de saúde comunitários. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre as consultas em atraso exames clínicos laboratoriais, mais os fatores de risco cardiovasculares, atraso com dentista e nutricionista os já cadastrados.

A logística referente às ações do eixo de qualificação da prática clínica será assim da seguinte maneira, para as ações de capacitação temos que capacitar os agentes comunitários de saúde, para fazer pesquisa ativa dos usuários com fatores de risco, ou mobilidade oculta e cadastramento dos hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, verificar a pressão arterial, e glicemia capilar, interpretação dos resultados dos exames complementares e presença de fatores de risco sociais e biológicos de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, para a realização de um adequado exame clínico assim como os glucoses para a glicemia capilar, seguir no protocolo adotado na unidade de saúde, para solicitação de exames complementar, orientar aos usuários, sobre as alternativas

para obter acesso a medicamentos da farmácia popular, serão feita avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos, assim como na realização de palestras educativas para os usuários, já doentes e os que têm fatores de risco, familiares e toda a comunidade, como orientar aos usuários com a realização de exercícios físicos, periódicos sempre que seja possível.

Todas essas ações de capacitação serão realizadas na própria UBS, durante as reuniões, no espaço reservado para as reuniões de equipe. Serão realizadas pelos profissionais, conjuntamente com os profissionais do NASF, e a população alvo serão os próprios profissionais do UBS, essas capacitações terão como objetivo incrementar o nível de conhecimento e preparação dos integrantes da equipe e assim melhorar a atenção de saúde da comunidade e oferecer um serviço de qualidade. E para se utilizarão materiais como manuais e protocolos do Ministério da saúde, papel e caneta, computadores e Datashow. Serão feitas capacitações e treinamentos com a equipe para capacitar os agentes de saúde para a orientação dos usuários hipertensos e diabéticos de quando e que tem que assistir as consultas, qual é a periodicidade, o exames laboratoriais, capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento desses usuários e para o registro adequado em todas as consultas, capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento desses usuários e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, capacitar também a nossa equipe para estratificação de risco, além de orientar quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, capacitações sobre metodologia de educação em saúde sobre alimentação saudável, praticam de atividade física regular.

Em nossa UBS já foi discutida com a equipe a análise situacional. Começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual de atenção a usuários diabéticos e hipertensos, para que todo equipe utilize, esta referência, na atenção destes usuários, esta capacitação ocorrerá na unidade de saúde da seguinte maneira será reservada uma hora ao final de cada semana, no horário da tarde, cada membro da equipe estudara uma parte do manual, exporá o conteúdo, se emitiram aulas para ACS, técnicos de enfermagem para os protocolos emitidos pelo Ministério da Saúde, no que se refere à organização e gestão do serviço, pretendemos garantir o registro dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa por meio do trabalho dos agentes de saúde, técnicos de enfermagem

sobre os protocolos emitidos pelo ministério da saúde, nas reuniões de equipe vamos a definir as atribuições de cada membro da equipe nos exames clínicos dos usuários, pretendemos usar a periodicidade das atualizações e organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos da unidade de saúde, os profissionais de nossa unidade poderão se apossar de uma versão atualizada dos protocolos que serão impressos pela enfermeira, nós para fazer nossa intervenção chamaremos ao gestor municipal de saúde para participar de uma reunião coma equipe para que ele possa ter conhecimento da intervenção e vamos aproveitar o momento para que os profissionais façam a solicitação dos exames complementares e que haja agilidade para os mesmos, garantir o material adequado para a coleta da mostra e demandar o apoio dos profissionais, possam fazer a realização dos mesmos, apoiar aos profissionais como nutricionistas e exercitador físico em a UBS para auxiliarem nas ações de promoção de saúde, manter os medicamentos para o tratamento deles se precisarem.

Pretendemo-nos fazer uma planilha que servirá como sistema de alerta para os exames complementares preconizados, para o atraso nas consultas de acompanhamento e não realização da estratificação do risco. Essa planilha será preenchida e atualizada uma vez por mês a cada consulta dos usuários. A técnica de enfermagem será a responsável para realizar o controle de estoque e validade das medicações, além de manter um registro das necessidades de medicamentos para usuários cadastrados, fará isso mensalmente por meio de uma listagem das medicações, a organização de avaliação da necessidade de atendimento odontológico, bem como agenda para as consultas ficara a cargo de equipe de saúde bucal.

Além disso, também organizarão o tempo meio das consultas a fim de ter tempo para as consultas individuais, os ACS faram a organização das vistas domiciliares por micro área de abrangência para a busque de usuários faltosas, a recepcionista organizara a agenda para suprir essa demanda, essas vistas serão feitas pelo médico, Enfermeiro e ACS, será utilizado por meio de transporte da secretaria de saúde, o responsável sobre manter atualizadas as informações, implantar a ficha de acompanhamento, pactuar com a equipe o registro das informações e o responsável pelo monitoramento desses registros é o médico e o enfermeiro, vai ser necessário o computador com internet, toda nossa equipe deverá conhecer os usuários de risco para priorizar a sua atenção e organizar agenda para

o atendimento dessa demanda, isto será feito por uma listagem das usuários de risco, que será confeccionada pelo médico e o enfermeiro, e disponível para todos os integrantes da equipe, a organização das práticas coletivas será em conjunto, os temas se referem à alimentação saudável, a orientação para atividade física, os recursos utilizados serão audiovisuais, vídeos músicas, panfletos e cartazes.

A logística referente às ações do eixo de engajamento público se darão no sentido de informar a comunidade sobre a existência de um programa de atenção ao usuário diabético e hipertenso da unidade de saúde, sobre a importância de trabalhar com os usuários faltosos a consulta de acompanhamento, trabalho de risco cardiovascular, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de complicações no hipertensos e diabéticos a necessidade de realização de exames complementares, a periodicidade com que devem de ser realizados os mesmos, vamos a orientar aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas de hipertensão a importância da realização e periodicidade das consultas sobre seus direitos em relação à manutenção dos registros e acesso à segunda via, quanto a seu nível de risco e importância do acompanhamento regular e adequado controle do fatores de risco modificáveis, pois pretendemos ouvi-los nessas atividades sobre as estratégias que podemos tomar para não ocorrer à vasão desses usuários faremos contatos com a associação de moradores e com os representantes da comunidade de igrejas da área de abrangência e apresentaremos projeto esclarecendo a importância da realização das consultas o cadastro o diagnóstico precoce da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Apesar de algumas dificuldades para o desenvolvimento de nossa intervenção posso falar que o projeto foi um sucesso em nossa área de abrangência, buscamos incorporar muitos usuários com hipertensão e diabetes, o qual foi muito difícil pelas características das pessoas que residem na área, geralmente pessoas de baixo nível cultural, com diferentes modo e estilo de vida . Mas apesar de tudo isso, incorporamos a intervenção muitos usuários, realmente causou um impacto muito grande na comunidade.

Nossa equipe está muito feliz pelos resultados do projeto, além disso, o impacto que tem tido para todos os usuários e para a comunidade, ficamos contentes também e agradecidos pela contribuição por parte dos usuários sempre presentes em todas as atividades programadas demonstrando interesse pelo que foi realizando.

Achamos que as metas e objetivos foram bem cumpridas e continuaremos trabalhando para inserir as ações no serviço.

As ações previstas no projeto em sua maioria foram desenvolvidas de forma integral, encontramos muitas dificuldades ao longo dos meses da intervenção. A falta de cadastramento dos usuários tornou o trabalho mais difícil, como identificar os hipertensos e diabéticos da área sem ter o registro de todos os usuários que estão na área, à falta de estrutura da unidade, por exemplo, a ausência de um digitador durante a intervenção e assim cadastrando cada um dos hipertensos e diabéticos que deram entrada no programa o qual no principio da intervenção tivemos essa facilidade de ter um digitador dando entrada a estes pacientes ao programa o qual conjuntamente comigo compilava as informações já logo foi impossível a permanência de este , a ausência de um educador físico na área

também prejudicou a realização dos grupos e atividades coletivas, estas apesar de ser feitas pelos outros profissionais do equipe os quais cotribuyerem para que estas atividades não ficaram sem passar a os pacientes , poderiam ter sido com uma maior qualidade, além disso, e bom relatar que o apoio do gestor foi muito bom, mais a incorporação do dentista da área junto com o nutricionista muito ligado ao projeto.

As ações previstas relacionadas a monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da clínica foram realizadas integralmente, bem como algumas atividades de gestão e organização do serviço são estas as ações desenvolvidas integralmente.

Foram realizadas capacitações com a equipe, onde primeiramente, foi passado para todos a importância de atualização em relação aos assuntos, pois logo eles teriam que orientar a população. As capacitações foram sobre: cadastramento de hipertensos e diabéticos, verificação da pressão arterial, preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético, o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, práticas de alimentação saudável, metodologias de educação em saúde, pratica de atividade física regular. No entanto, algumas orientações em sua maioria as que envolviam equipe completo, foram realizadas de forma parcial, já que não tive minha equipe completa por falta de educador físico e digitador.

Então, foram realizados encontros com todos os integrantes da equipe durante todas as sexta feira pela tarde para dar as orientações sobre a semana seguinte, além de tratarmos sobre um tema diferente a cada dia, para que todos os integrantes da equipe estivessem aptos a levar conhecimentos e as orientações até a população. Nós fizemos capacitações todas às sextas feiras até completar 12 capacitações, muitas vezes ficava a responsável era a médica, outras o agente comunitário de saúde, todas as semanas uma pessoa distinta da equipe ficava de responsável com o objetivo de debater temas diferentes em cada semana, por exemplo, como detectar os primeiros sinais e sintomas da hipertensão, primeiros sinais e sintomas da diabetes mellitus, suas primeiras manifestações clinicas, as principais complicações da hipertensão arterial, as principais complicações da diabetes mellitus, os principais fatores de risco da hipertensão arterial, os principais fatores de risco da diabetes mellitus, tratamento medicamentoso tendo em conta a idade do usuário os fatores de risco, a razão do usuário, tratamento medicamentoso

para a diabetes mellitus, a importância da prática de exercícios físicos para diminuir o risco dessas doenças crônicas.

Outro tema abordado nas capacitações foi sobre saúde bucal nos usuários, há responsável esse dia foi a dentista da equipe, ela levou ilustrações das principais doenças bucais em usuários com doenças crônicas e hábito de fumar; a nutricionista também falou outra semana sobre os alimentos que os usuários com hipertensão e diabetes mellitus devem fazer uso; os agentes comunitários falaram sobre como devem ser realizadas as vistas para estes usuários, os registros e a frequência. E assim transcorreram 12 semanas, onde toda a equipe fez o trabalho, nem toda a carga de trabalho foi para o médico e enfermeiro, todos os outros integrantes da equipe fizeram sua parte para que o projeto fosse realizado com qualidade. Os temas mais específicos sobre diabetes e hipertensão foram explicados pelo médico e enfermeiro e os outros temas foram explicados pelos outros integrantes da equipe de saúde.

O acolhimento dos usuários foi realizado durante toda a intervenção, sendo realizado por todos os integrantes da equipe, aproveitando todos os contatos com a população alvo foram identificados os usuários que tínhamos na unidade básica com diabetes e hipertensão.

A comunidade foi informada sobre a existência de um programa de atenção à saúde dos usuários com Hipertensão e Diabetes. Depois, fomos reunindo os usuários para realizar palestras educativas, realizar orientações, esclarecer muitas dúvidas, compartilhar conhecimentos sobre os principais fatores de riscos e manifestações dessas doenças. Com o desenvolvimento da intervenção os usuários aprenderam a importância de praticar exercícios físicos, a importância da saúde bucal, como ter uma dieta balanceada, a importância também de uma alimentação saudável, uma vez instalada a doença como devem de tomar os medicamentos para evitar sequelas e complicações, sobre a importância do rastreamento para diabetes mellitus, sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Todas estas atividades foram feitas em forma de palestra com recursos áudio visual, na comunidade, na unidade básica de saúde, foram possível 5 encontros mostrando aos usuários a ideia central de cada tema, depois de cada palestra ao final os usuários fizeram debates sobre os temas, além disso, as principais dúvidas que eles tinham sobre o tema, esses grupos de usuários

diabéticos e hipertensos, nós dávamos continuidade a eles ainda com a programação de consulta para eles, para dar continuidade, a medicação e por parte da farmácia básica, estão assistindo frequentemente as consultas programadas pela equipe de saúde para manter o vínculo com a unidade.

Foi realizado o monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes mellitus da unidade de saúde semanalmente.

Garantimos os registros dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa, principalmente nos preocupando com a qualidade do registro, já que tínhamos uma deficiência no registro. Foi pactuado com a equipe o registro das informações, e então registrados todos os usuários acompanhados na unidade, utilizando a ficha espelho fornecida pelo curso e o prontuário destinando o local só para a colocação deles, avaliando-se semanalmente as fichas dos usuários atendidos, para assim ter um maior controle sobre eles. Nesse caso, a técnica de enfermagem foi a responsável pelos registros, conjuntamente com ajuda da médica foi possível atualizar os registros, ordenar eles e fazer as novas captações de usuários com diabetes e hipertensão. As informações foram inseridas no SIAB.

Foi garantido o material adequado para a tomada de medida da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica), na unidade de saúde e para a realização de hemoglicoteste.

As consultas de estes usuários foram realmente boas, o objetivo das consultas foi fazer um exame clínico geral ao usuário, medir a TA, indicar os exames, explicar bem direitinho as complicações se não fazem corretamente o tratamento indicado, indicar fisioterapia para os que precisam. Consideramos o que mais foi trabalhoso foi conseguir que os usuários entendessem que esta atividade seria feita com consultas agendadas e não com demanda espontânea, foi difícil para nós porque a população muitas vezes não entendem e é uma difícil tarefa. Mas não foi impossível para nós, com o trabalho em conjunto conseguimos cumprir o objetivo.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

A ação prevista que não conseguimos cumprir foi demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver o educador físico nesta atividade, desde o início até o final da intervenção o educador físico não participou da intervenção. No primeiro momento porque a unidade básica não tinha, falamos à importância que

tinha para toda a equipe da presença de um educador físico pelo papel que ele poderia desenvolver, mas não conseguimos buscar um educador físico, então tivemos que continuar nosso trabalho sem a presença desse profissional qualificado.

O outro problema que não conseguimos melhorar com nossa intervenção foi o problema de acrescentar a quantidade de medicamentos de uso dessas doenças na farmácia básica, por mais que foi falado por nossa equipe em diferentes níveis, não conseguimos solução para este problema em nossa unidade de saúde, não se sabe por que todas as semanas se falava sobre a necessidade de acrescentar os medicamentos na farmácia básica, mais realmente foi algo que não dependeu de nós, mas da gestão, a secretaria de saúde até o momento não tem resposta para esse interrogante.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Tivemos grande dificuldade para compreender a planilha de coleta de dados no início, o tempo que levamos para os registros também dificultou um pouco porque ao não ter a unidade os registros completos tivemos que começar de zero atrasamos um pouco com as tarefas planejadas pela equipe por causa dessa questão, neste caso a unidade não tinha pessoal capacitado para esse trabalho, o qual atraso mais o trabalho nosso. Tudo isso devido a UBS ter levado um tempo fechada e não tinha um registro verdadeiro de usuários cadastrados, por isso nós fizemos nossa intervenção conforme a estimativa do Caderno de Ações Programáticas.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Agora que finalizamos a intervenção que tive a total certeza do entusiasmo e desejo de trabalhar dos agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiras, recepcionistas, nutricionista, dentista e os demais profissionais, foi possível integrá-los as minhas atividades. Percebo que eles estão bem abertos à possibilidade de darmos continuidade nas atividades que desenvolvemos, estamos no momento continuando o cadastramento dos usuários de minha área e após vamos realizar um diagnóstico da situação desta população e assim conseguiremos

planejar nossas ações de acordo com as necessidades destes usuários. Acho muito válido o uso dos instrumentos disponibilizados durante o curso e pretendo incorporar eles a rotina da minha UBS.

4 4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção ocorreu na UBS na UBS de São José do Piauí, estado do Piauí. Teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus. A área adstrita pela unidade tem uma população de 1798 pessoas, conforme estimativa do Caderno de Ações Programáticas o total de Hipertensos na área de abrangência é 361 usuários, dos quais 253 (70%) tinham registros na unidade; já o total de diabéticos é 103 usuários, dos quais 77 estão cadastrados (75%). Para a realização de nossa intervenção nós não tivemos em conta a quantidade de pacientes já cadastrados começamos de zero o cadastro dos pacientes .

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos.

Metas.

1.1 Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.2 Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

A intervenção nossa tinha como um dos objetivos centrais o aumento de cobertura de atendimento a hipertensos na área de cobertura da UBS havia uma estimativa de 362 hipertensos com 20 anos ou mais na área de abrangência segundo o caderno de ações programáticas. Então, no primeiro mês da intervenção cadastramos um total de 90 hipertensos o qual representa (24.9%), o segundo mês totalizou 126 hipertensos (34,9) e no terceiro mês terminamos com um total de 163 usuários (45,2%) cadastrados e acompanhados na unidade. Ao final dos três meses

não conseguimos atingir a meta de cobertura traçada, mas conseguimos atingir um bom número de usuários com hipertensão.

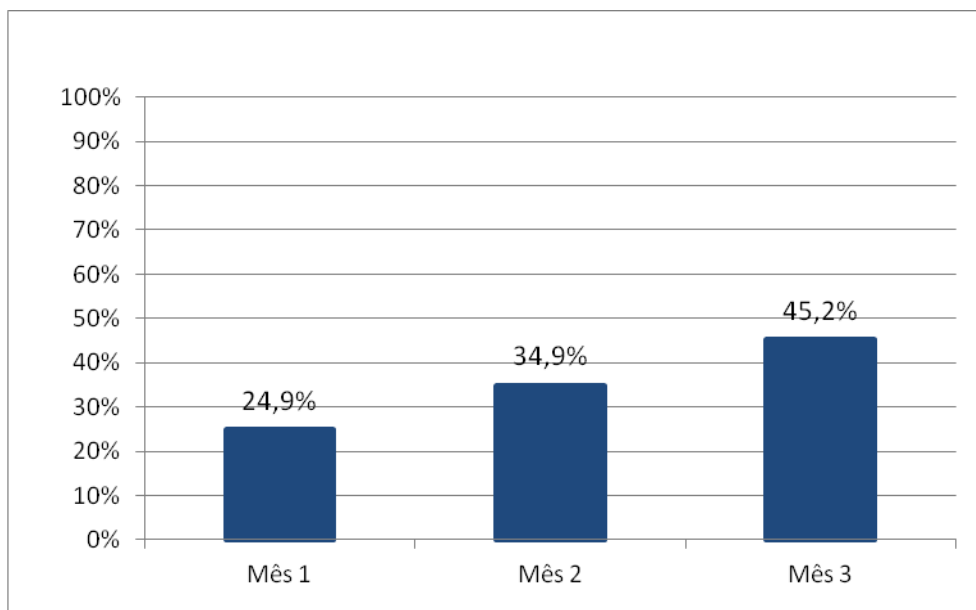


Figura 1. Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

Nosso território tinha um total de 103 usuários com diabetes mellitus com 20 anos ou mais segundo a estimativa do Caderno de Ações Programáticas. Ao final de nossa intervenção cadastramos um total de 96 usuários diabéticos, no primeiro mês cadastramos um total de 20 usuários diabéticos (19,4%), o segundo mês cadastramos 53 usuários diabéticos (51,1%), no terceiro mês tínhamos um total de 96 usuários (93,2%), assim conseguimos ultrapassar a meta estipulada de 85%.

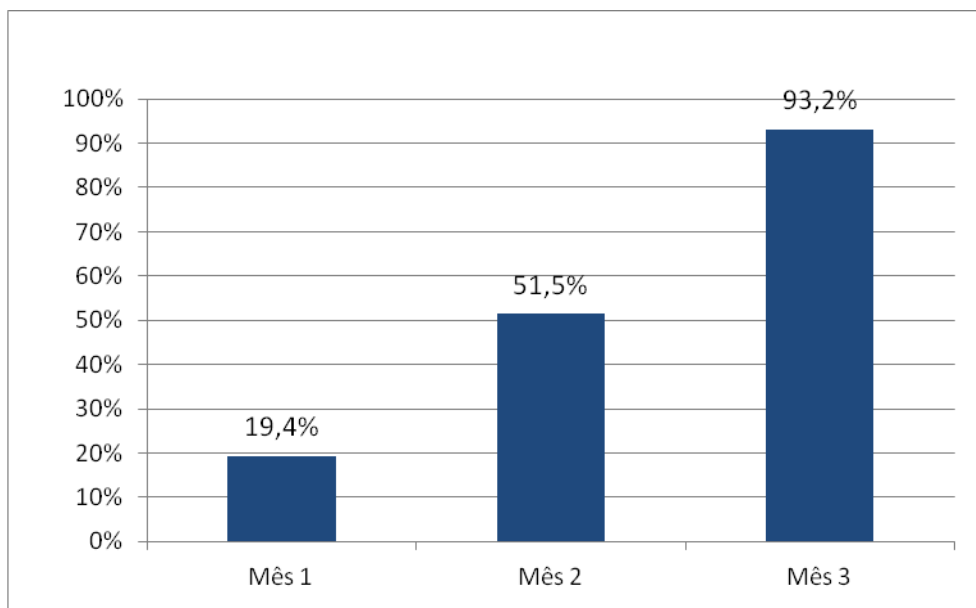


Figura 2. Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

As ações que nos ajudaram a chegar a cadastrar os hipertensos e conseguir fazer o acompanhamento de todos esses usuários foram o grande esforço que fez toda a equipe, todas as atividades programadas pela equipe foram realizadas ao longo da intervenção, a forma de trabalhar todos juntos, as atividades foram muito bem programadas, e uma das coisas que mais nos ajudou no cadastro foram todas as atividades desenvolvidas pelo equipe com os pacientes atividades de prevenção promoção , que colaboraram muito para fazer o cadastro. As consultas programadas também ajudaram muito para a realização da intervenção e cadastramento destes usuários, a promoção por parte dos agentes de saúde ajudou muito, nossas atividades no posto de saúde incentivaram os usuários a contribuir com o trabalho e assim poder chegar a nossa meta.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Nesses três meses foram realizados exames clínico apropriado a quase todos os usuários com hipertensão acompanhados, no primeiro mês foram acompanhados um total de 79 usuários (87,8%), no segundo mês acompanhamos um total de 118 hipertensos (93,7%) e no terceiro mês um total de 153 usuários hipertensos (93,9%),

não conseguimos chegar a fazer exame clínico apropriado a 100 % dos usuários hipertensos, mas chegamos próximo.

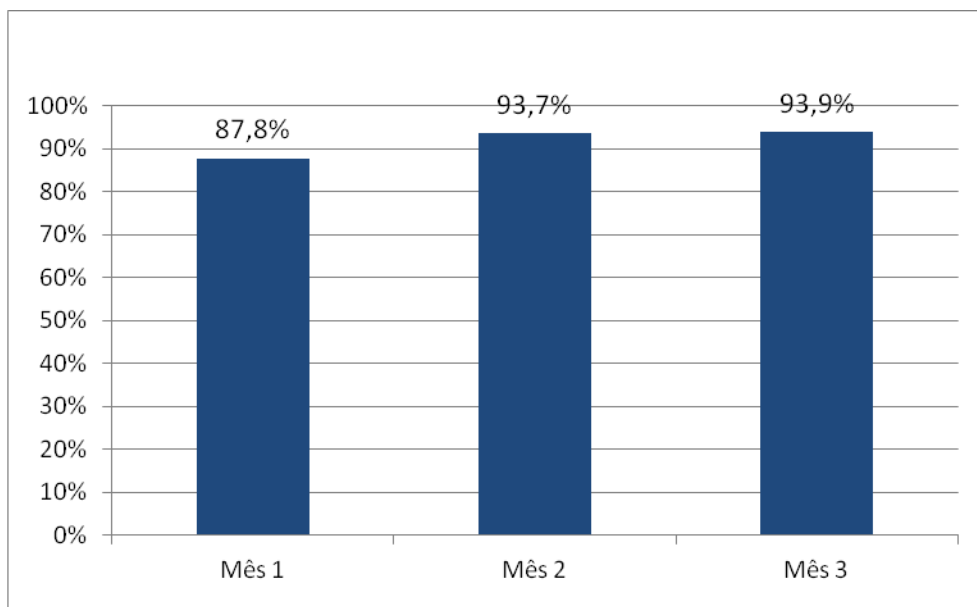


Figura 3. Gráfico da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

No que se refere á meta de realizar o exame clínico apropriado em diabéticos, nós conseguimos ao longo destes três meses chegamos até um 92,7%. No primeiro mês realizamos exame clínico apropriado a um total de 15 usuários (75%), no segundo mês a 48 usuários (90,6%) e no terceiro mês a um total de 89 usuários (92,7%). No caso dos usuários diabéticos é muito importante fazer o exame clínico apropriado, pois ajuda a identificar as possíveis complicações decorrentes da doença, permite fazer avaliação das extremidades e da sensibilidade do usuário e indispensável.

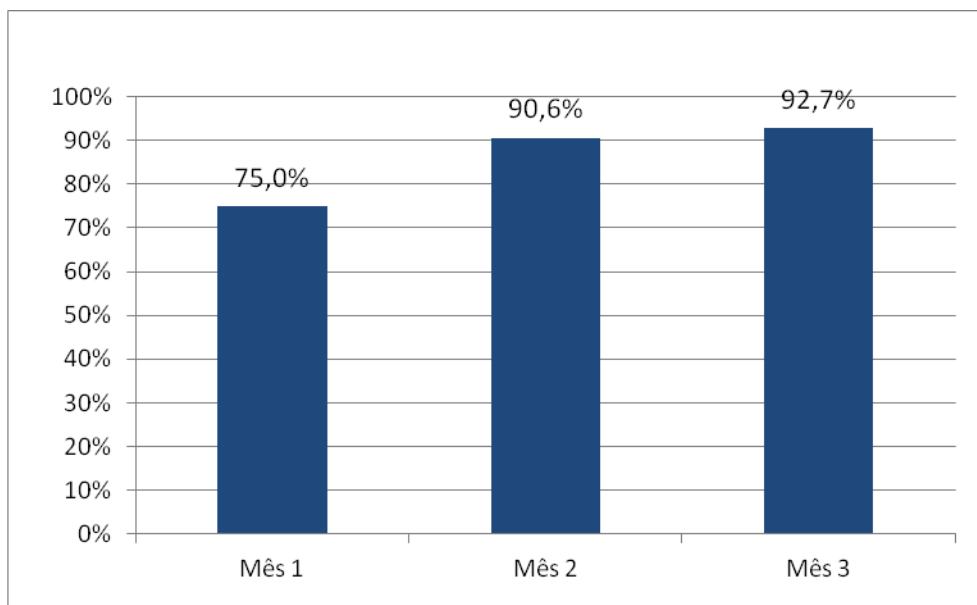


Figura 4. Gráfico da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Não conseguimos fazer o exame clínico a todos os usuários porque nem todos assistiram as consultas, esses que não assistiram não conseguimos fazer exame clínico. O exame clínico apropriado é uma rotina nas consultas e permite identificar possíveis complicações apesar de requerer um maior tempo de consulta e de muita importância.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês de 90 usuários diabéticos cadastrados só 17 tinham exames complementares em dia de acordo com o protocolo (18,9%), no segundo mês de um total de 126 usuários hipertensos só 45 tiveram exames complementares em dia de acordo com o protocolo (35,7%), já no terceiro mês de um total de 163 usuários com hipertensão só 70 com exames complementares de acordo com o protocolo, e assim, não chegamos a fazer 100% dos usuários hipertensos com exames complementares em dia.

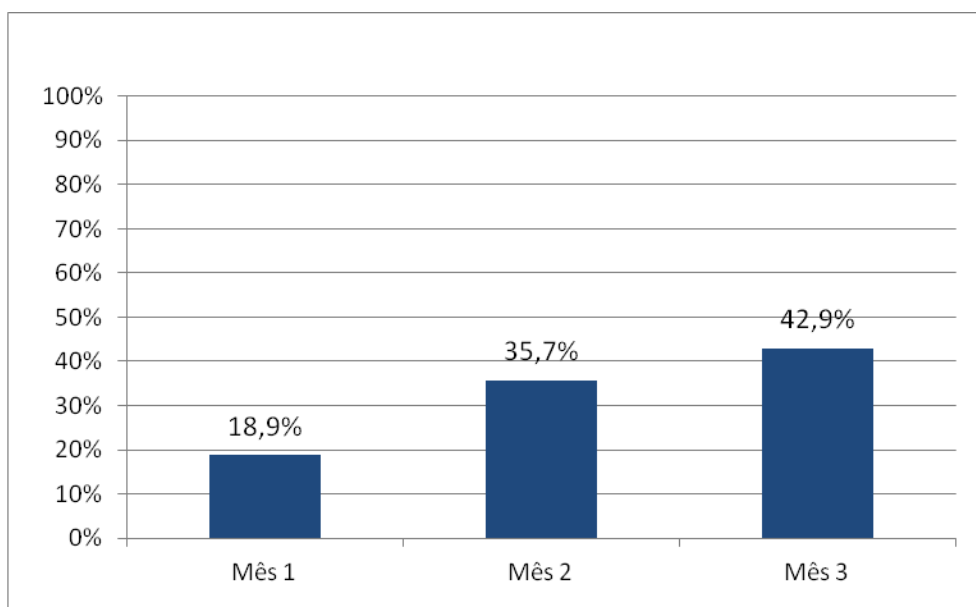


Figura 5. Gráfico da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês da intervenção de 20 usuários diabéticos só 12 com exames complementares em dia de acordo com o protocolo (60%), no segundo mês de 53 usuários com diabetes mellitus 36 com exames complementares em dia de acordo com o protocolo (67,9%), no terceiro mês de 96 usuários com diabetes mellitus 71 com exames clínico em dia de acordo com o protocolo (74,0%).

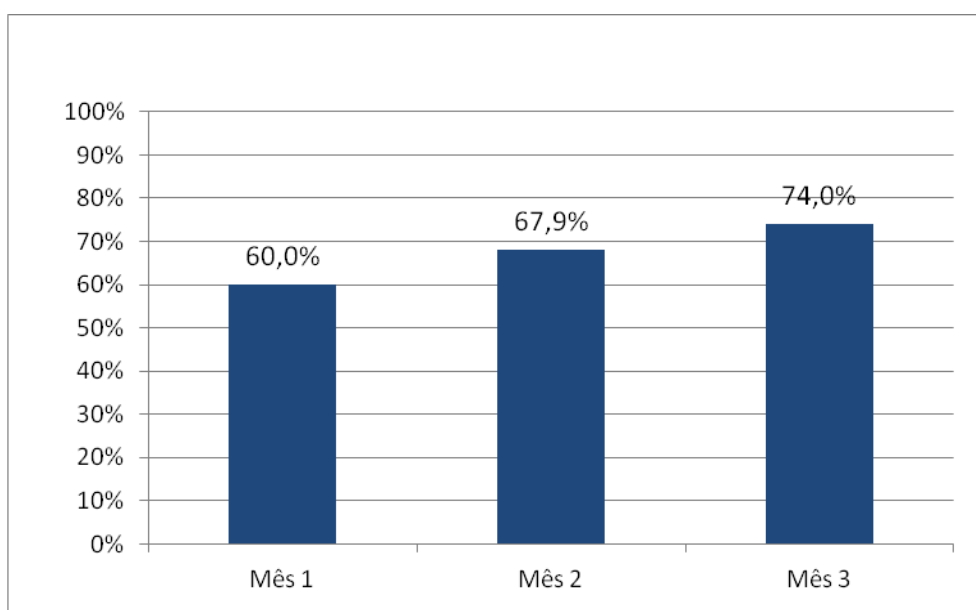


Figura 6. Gráfico da proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A maioria dos usuários foram indicados os exames complementares muitos não fizeram pela pouca acessibilidade que eles tem aqui no município para fazer tem que se deslocar para poder fazer e muitos não tinham condições, outros não conseguiam marcar, tampouco tinham condições financeiras para fazer particular, então não conseguiam fazer os exames complementares.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

No primeiro mês de um total de 90 usuários com hipertensão arterial 51 (58%) deles usavam os medicamentos da farmácia da unidade de saúde, no segundo mês da intervenção de um total de 126 usuários hipertensos 71 (57,7%) tiveram a prioridade para a prescrição de medicamentos na farmácia popular, já no terceiro mês de um total de 163 usuários com hipertensão arterial 97 (64,7%) tiveram a prioridade para a prescrição de medicamentos da farmácia popular.

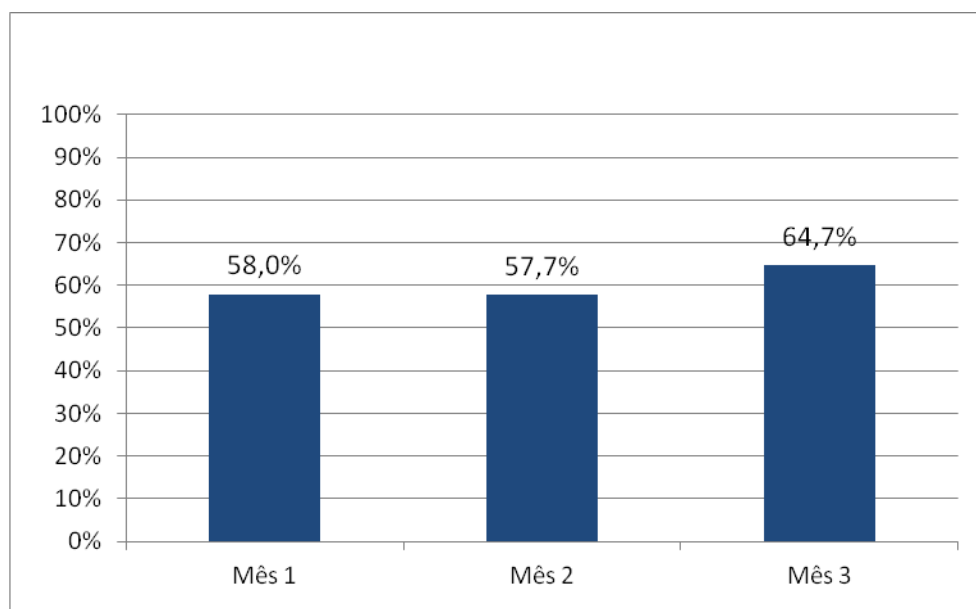


Figura 7. Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Temos muito usuários que precisam de medicamentos da farmácia popular, mas nem todos os medicamentos estão chegando com regularidade a nossa farmácia então tem que procurar em outra farmácia que não é do posto de saúde, além disso, usuários que já não estão tendo resultado com os medicamentos da farmácia popular e tinha que mudar. Então não temos na farmácia muitas vezes, temos pouca variedade de medicamentos na farmácia, quando temos usuários resistentes aos medicamentos temos que procurar outras via pela pouca disponibilidade de medicamentos que temos na farmácia popular.

No primeiro mês da intervenção tivemos um total de 18 (90%) usuários com prescrição de medicamentos da farmácia popular, no segundo mês um total de 35 (67,3%) usuários com prescrição da farmácia popular, já no terceiro mês foi um total de 66 usuários o que representa um 75,9%.

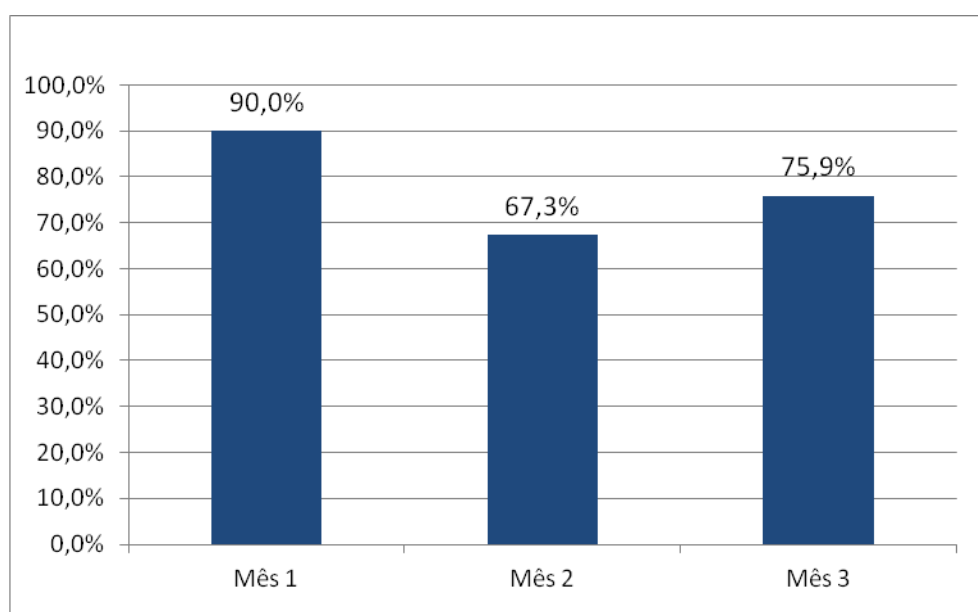


Figura 8. Gráfico da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Antes de começar nossa intervenção quase todos os usuários tinham a prescrição dos medicamentos da farmácia popular sem ter um seguimento médico adequado, depois de nossa intervenção começou a fazer um adequado seguimento a estes usuários monitoramento da TA e glicemia, podemos perceber que muitos deles estavam totalmente descompensados, decidimos em muito tomar outra conduta e mudança nos tratamentos que muito poucos tínhamos na farmácia popular, temos pouca disponibilidade de medicamentos na farmácia básica.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

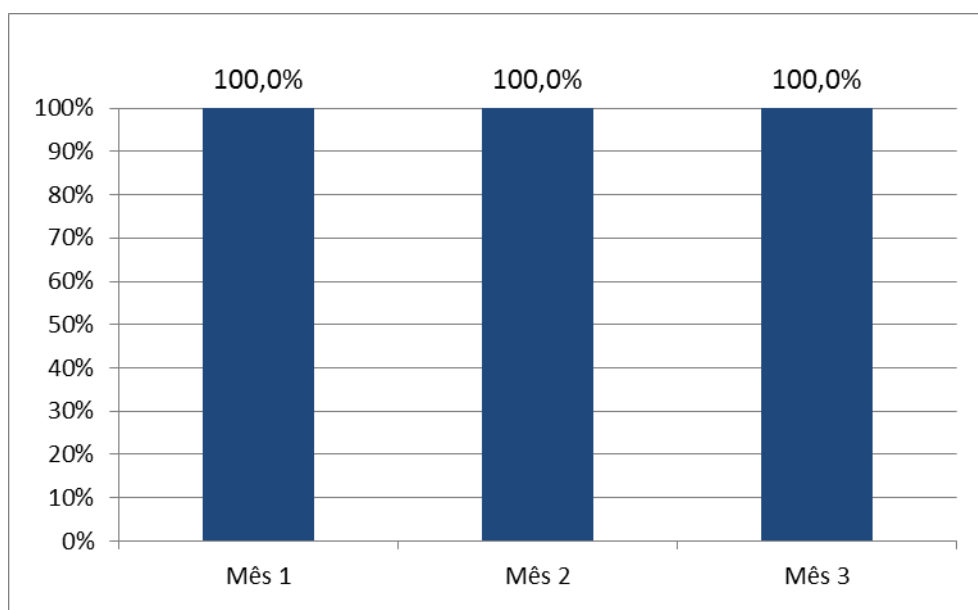


Figura 9. Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

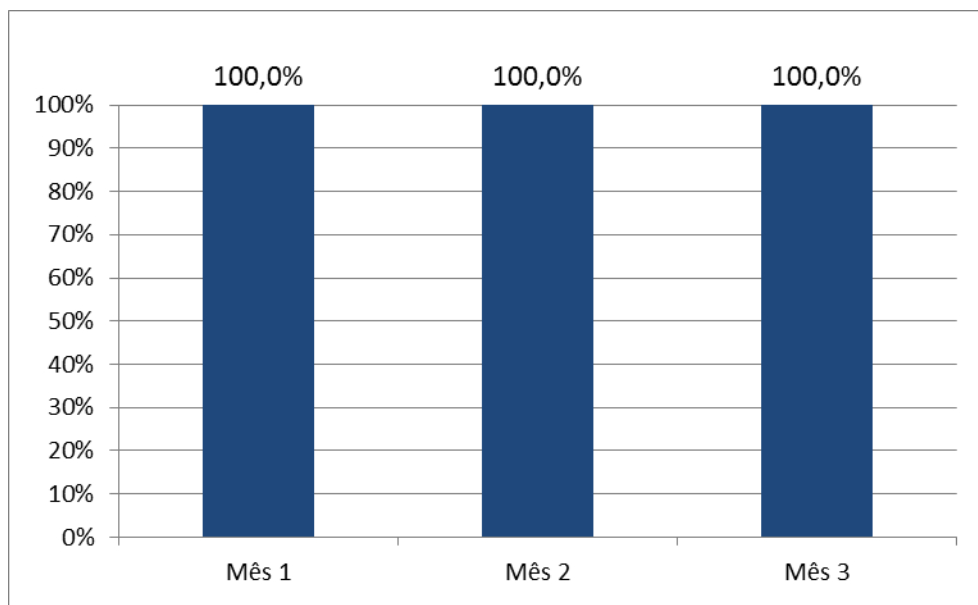


Figura 10. Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Em nossa intervenção tivemos um total de 15 usuários faltosos a consultas 6 com busca ativa deles o qual representa um 40%, no segundo mês tivemos um total de 32 usuários faltosos a consultas e a 31 deles foi feita a busca ativa o qual representa um 96,9 %, e no terceiro mês foram um total de 44 usuários faltosos a consultas e 43 deles com busca ativa, como podemos observar foi melhorando paulatinamente a busca ativa destes usuários com busca ativa a consultas.

Realmente tivemos muitos usuários faltosos a nossas consultas devido ao pouco conhecimento e importância do trabalho a pesar de todo o esforço feito pela equipe para insentivarlos a participar das atividades em conjunto , reuniões e palestras, às vezes não davam a importância do tema que seria tratado esse dia, então eles entendiam que não deviam assistir, davam prioridade as tarefas domesticas mais que as atividades feitas pelo equipe.

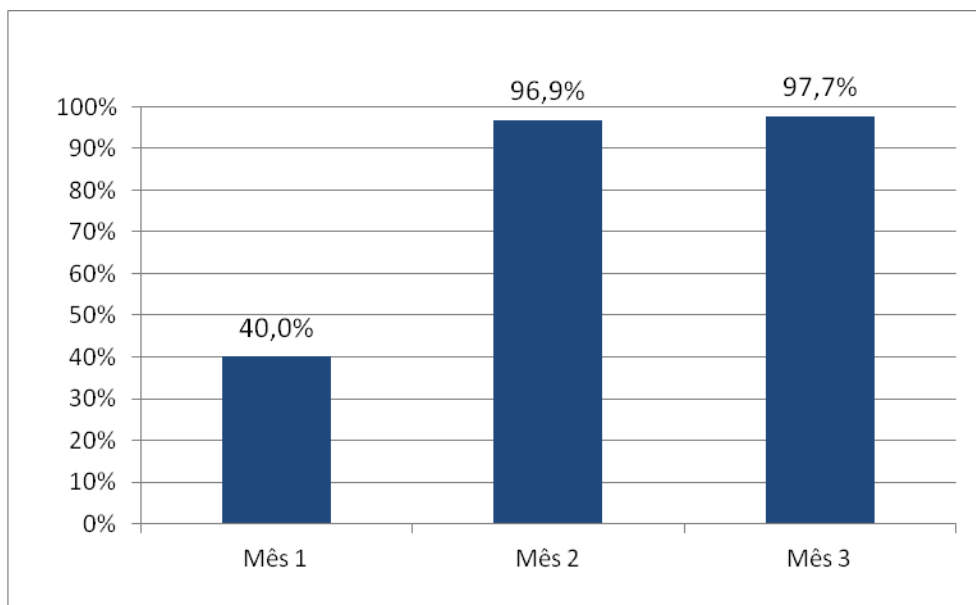


Figura 11. Gráfico da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

Nas quatro primeiras semanas da intervenção tivemos um total de 8 usuários diabéticos faltosos à consulta e só três deles com busca ativa a que representa um 37.5%, no segundo mês tivemos um total de 26 usuários faltosos à consulta e 22 deles com busca ativa o qual representa um 84,6 % e no terceiro mês foram um total de 35 usuários faltosos a consultas e 31 deles com busca ativa, o que dá a entender que a pensar do trabalho feito pela equipe devido a que a população tem um baixo nível de instrução não percebe a importância da intervenção a lém disso pacientes que não logramos incorporalos totalmente as consultas alguns se negavam a participar outros já tinham seguimento medico com seu medico privado nassim , com todos os usuários estes faltosos, a equipe fez o possível para incorpora-los a nossas atividades e consultas as quais são de muita importância para um correto tratamento deles e seguimento.

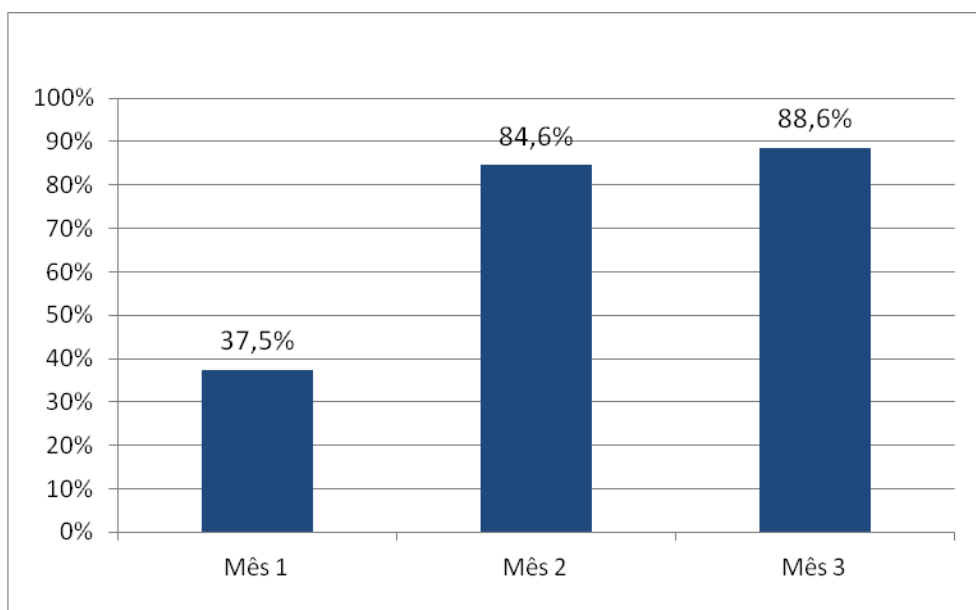


Figura 12. Gráfico da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Tivemos no primeiro mês um total de 72 usuários hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento o qual representa um 80%, no segundo mês tivemos um aumento destes usuários hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento com um total de 102 usuários hipertensos o qual representa um 81,0%, e no terceiro mês tivemos um total de 129 usuários hipertensos o qual representa um 79,1%.

Não conseguimos chegar a 100% dos registros adequados devido também a falta de algumas informações. Por exemplo, dados cadastrais, cartão do SUS.

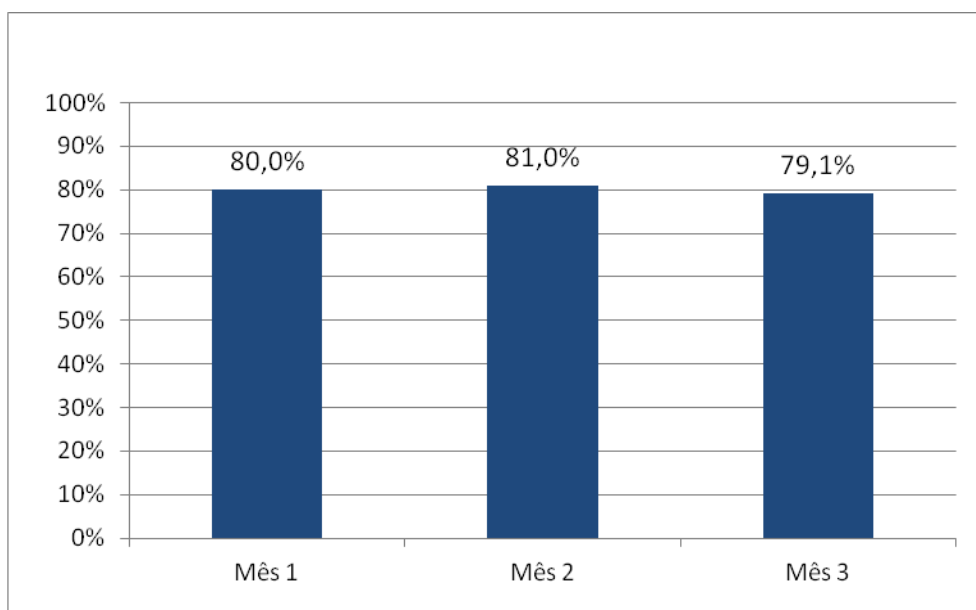


Figura 13. Gráfico da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Com o desenvolvimento da intervenção nas primeiras 4 semanas tivemos um total de 12 usuários diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento o qual representa um 60%, no segundo mês tivemos um aumento de diabéticos com adequado registro na ficha de acompanhamento com um total de 102 hipertensos o qual representa um 67,9%, no terceiro mês tivemos um total de 129 usuários o que representa um 74,0%. Não logramos ter o registro adequado do 100 % dos pacientes diabéticos e hipertensos pela falta de dados em muitas das fichas de acompanhamento. o registro foi feito pela enfermeira .

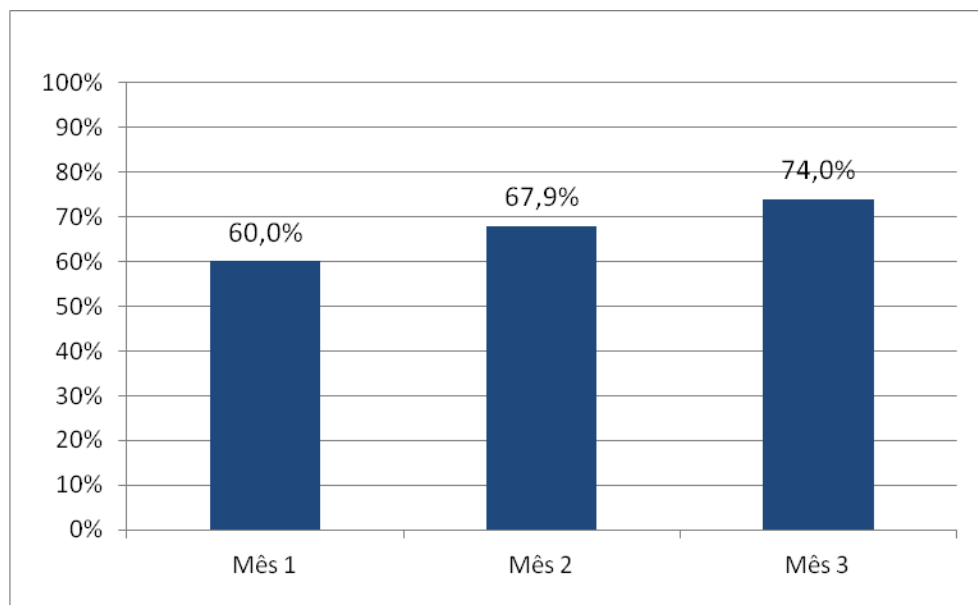


Figura 14. Gráfico da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ao início de nossa intervenção nesse primeiro mês de trabalho só tivemos um total de 13 usuários hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia o qual representa um 14,4%, no segundo mês tivemos um aumento de usuários através das consultas em quanto à estratificação do risco cardiovascular com um total de 40 usuários, representando 31,7%, e no terceiro mês tivemos um total de 67 usuários hipertensos com estratificação do risco cardiovascular o que representa um 41,1%, conseguimos aumentar os usuários com estratificação do risco cardiovascular à medida que os usuários entenderam a importância que tinham as consultas, eles mesmos, assistiam as consultas pela importância delas.

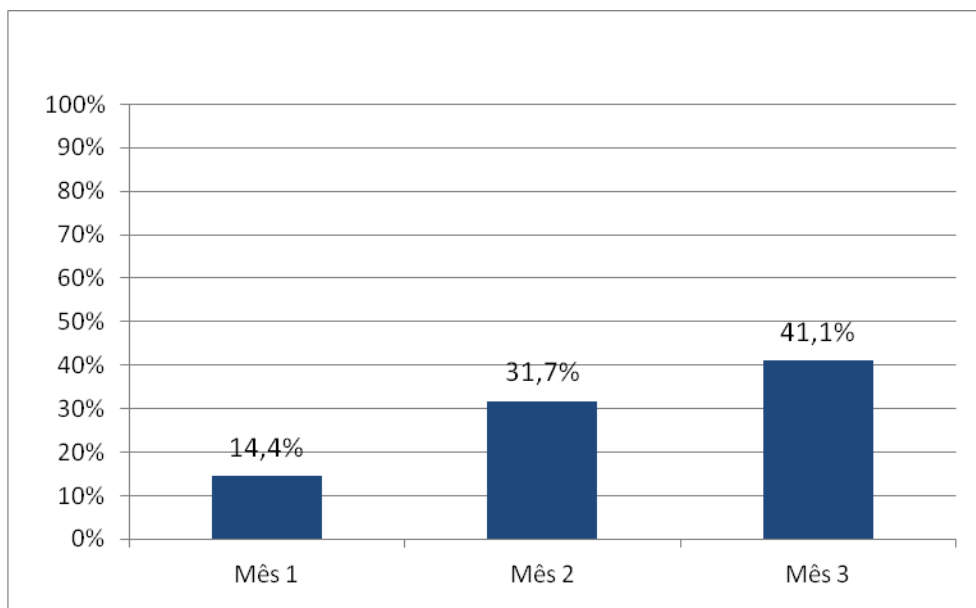


Figura 15. Gráfico da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

No primeiro mês tivemos um total de 7 usuários diabéticos com estratificação do risco cardiovascular o qual representa um 35%, no segundo mês tivemos um total de 33 usuários diabéticos com estratificação dos risco para um 62,3%, o qual aumento com respeito a um mês anterior, o terceiro mês tivemos um total de 67 usuários que representa 69,8%, pouco a pouco com o esforço conseguimos acrescentar usuários as consultas e poder fazer a estratificação de risco com eles a qual é muito importante para eles e para um correto seguimento médico.

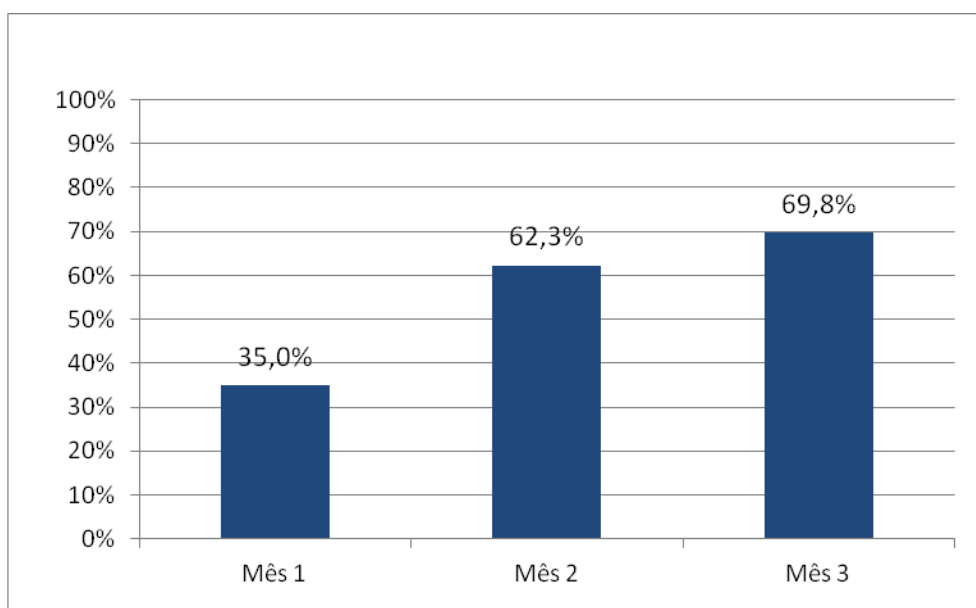


Figura 16. Gráfico da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Devido a que muitos destes usuários não fizeram os exames complementares tampouco podíamos fazer a estratificação do risco cardiovascular, muitos pela distância para poder fazer os exames, muitas vezes sem condições financeiras e muitos porque simplesmente não achavam que era preciso fazer o qual dificultou para fazer a estratificação de risco.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

No primeiro mês somente 11 foram orientados sobre alimentação saudável, o que representa um 12%, já no segundo mês com o esforço da equipe e as atividades feitas, as consultas feitas conseguimos chegar a um total de 37 usuários com orientação sobre alimentação saudável, e no terceiro mês também aumentamos o número de usuários com orientação sobre alimentação saudável com 74 usuários 45,4%.

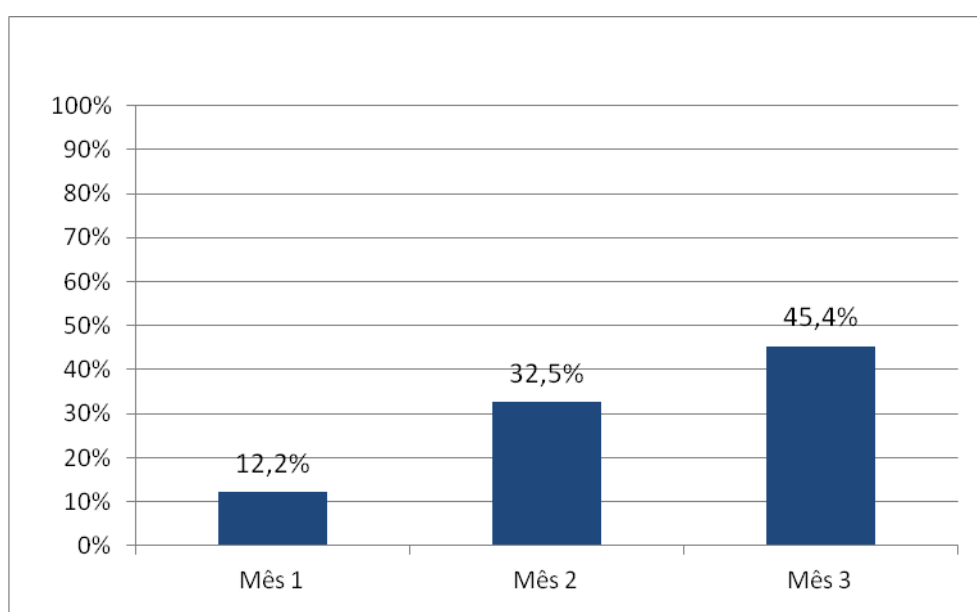


Figura 17. Gráfico da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

No primeiro mês tínhamos uma maior porcentagem de usuários diabéticos com orientação sobre alimentação saudável que de hipertensos no primeiro mês foram um total de 10 usuários para um 50%, no segundo mês tivemos um total de 37 usuários para 69.8%, e no terceiro mês conseguimos chegar até um 76% com um total de 73 usuários.

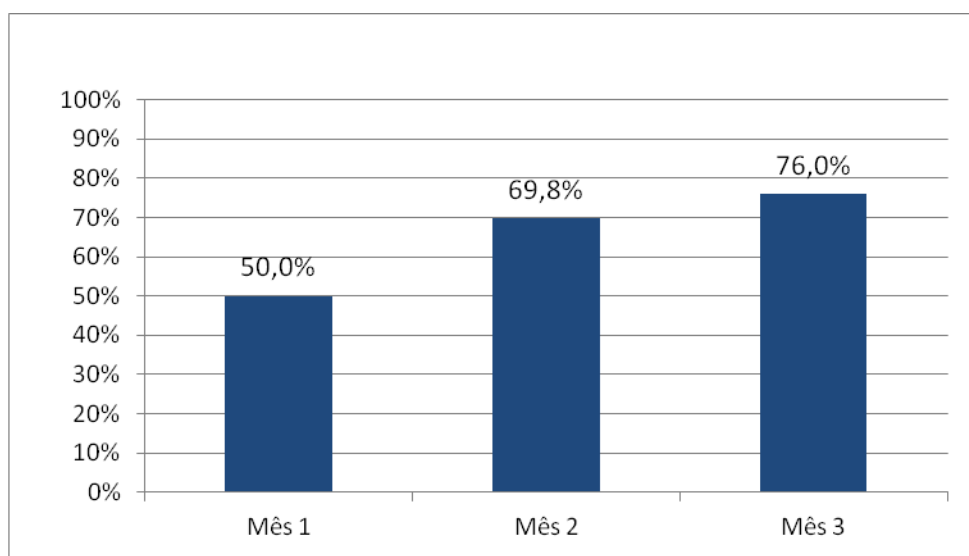


Figura 18. Gráfico da proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Estes usuários apesar de ser orientados nas atividades educativas, nas palestras e durante as consultas e dificuldade que tínhamos, nem sempre tínhamos a melhor assistência a estas atividades sempre faltavam usuários então por esse motivo nem todos conseguimos orientar, muitos ficaram sem a orientação pela inexistência nas atividades, outros que não estavam de acordo com as orientações que foram feitas quanto alimentação saudável e preferiam não assistir as conferência e as atividades então foram usuários que ficavam fora das orientações pelo mesmo desconhecimento e baixo nível cultural.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

No primeiro mês de trabalho tínhamos só 20 (22%) de usuários hipertensos que sabiam sobre a importância da atividade física regular praticamente quase ninguém tinha conhecimento, com o desenvolvimento da intervenção foi aumentando o conhecimento desses sobre estes tipos de temas, no primeiro mês de trabalho, no segundo mês com o desenvolvimento das palestras das atividades já tínhamos mais usuários com conhecimento sobre a importância da prática de atividade física regular com um total de 38 usuários para um total de 41,3 %. No terceiro mês aumentamos chegamos a um total de 73 usuários que conseguimos orientar sobre a prática de atividade física regular o qual representa um 50,3%.

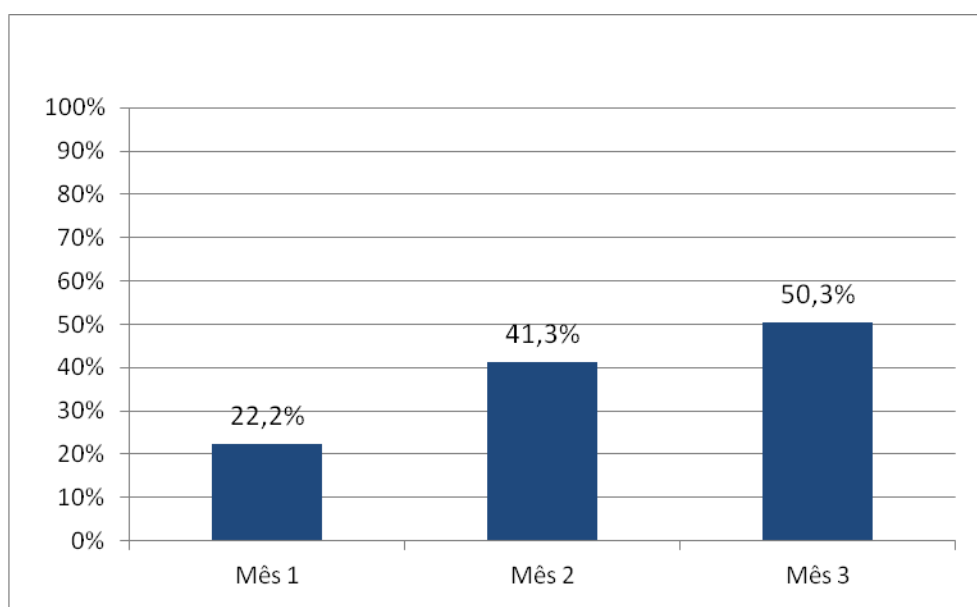


Figura 19. Gráfico da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

No primeiro mês tivemos um total de 10 diabéticos com orientação sobre atividade física o qual representa um 50 %, no segundo mês tivemos um incremento foram um total de 38 usuários com orientação sobre atividade física regular para um 71,7%, e no terceiro mês conseguimos mais usuários para orientar sobre a prática de atividade física regular tivemos um total de 67 usuários diabéticos para um 79,2%. Realmente foi um reto todo mês conseguimos incorporar mais usuários diabéticos a nossas consultas explicar para eles a importância que tinha a pratica de atividade física regular.

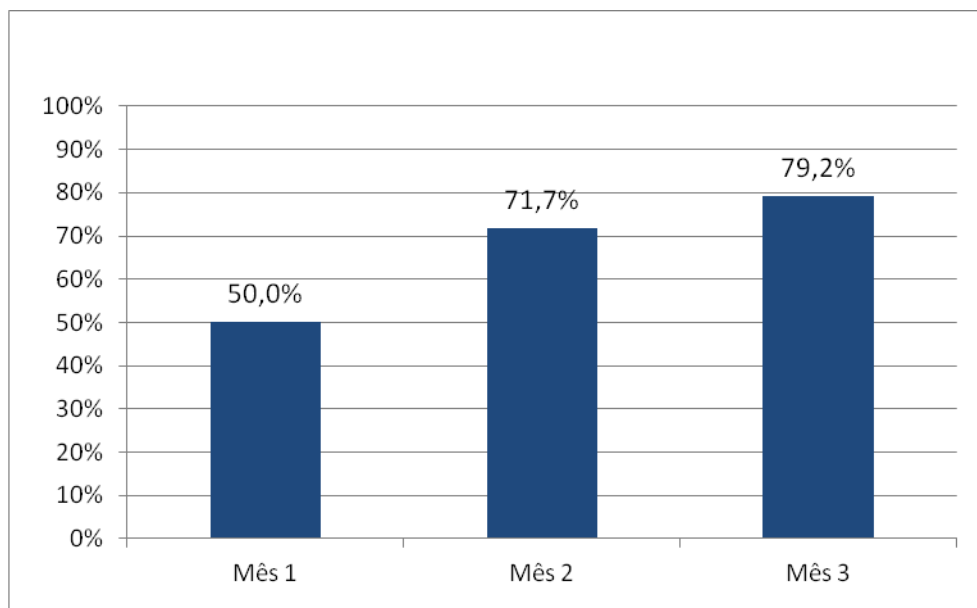


Figura 20. Gráfico da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

A dificuldade que tivemos para chegar a orientar a 100% destes usuários foi porque muitos eles falavam que já tinham conhecimento prévio dos temas o que tinham outras coisas que fazer e que não podiam assistir a essas conferências e palestras e outro dia eles assistiam perdendo assim a palestra o a conferencia do dia.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Com o desenvolvimento de nossa intervenção no primeiro mês de trabalho tínhamos um total de 59 (65,6%) usuários hipertensos com informação sobre os riscos de tabagismo, no segundo mês conseguimos alcançar mais usuários a nossas consultas assim desta maneira poder brindar informação necessária sobre os riscos do tabagismo para a saúde e no terceiro mês também tínhamos um total de 116 usuários hipertensos com conhecimento sobre os riscos do tabagismo para um 71,2%. Todos os meses conseguimos aumentar usuários as consultas e logramos com nossa intervenção que a maioria destes usuários tiveram conhecimento sobre os riscos do tabaco para a saúde.

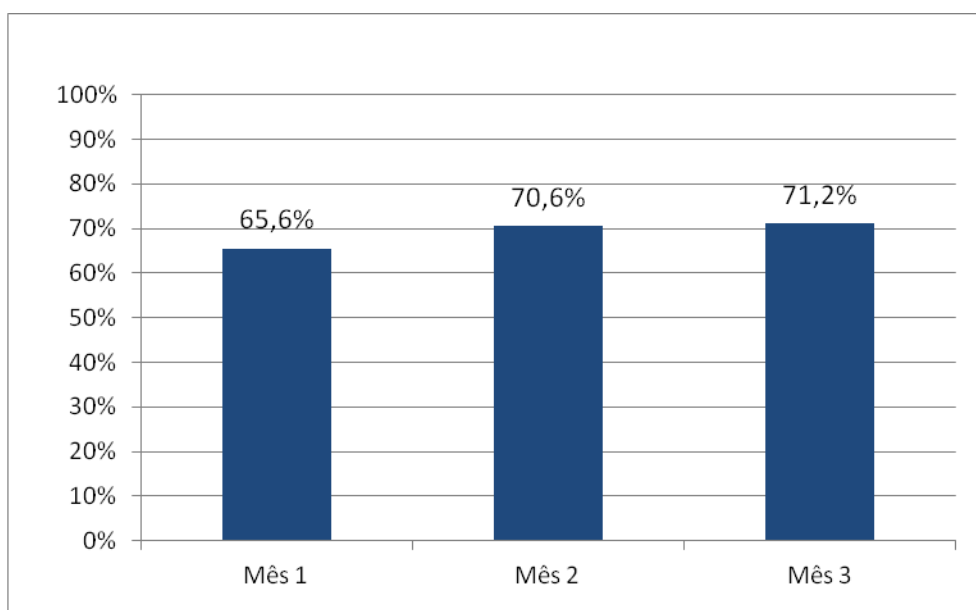


Figura 21. Gráfico da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

No primeiro mês tínhamos um total de 11 (55%) usuários diabéticos com conhecimento sobre os riscos do tabagismo para a saúde, no segundo mês tivemos um aumento destes usuários com um total de 38 usuários (71,7%), e no terceiro mês chegamos até um 76% com um total de 73 usuários, incorporamos também paulatinamente mais usuários diabéticos a nossas consultas e assim eles tiveram informações sobre estes os riscos do tabagismo.

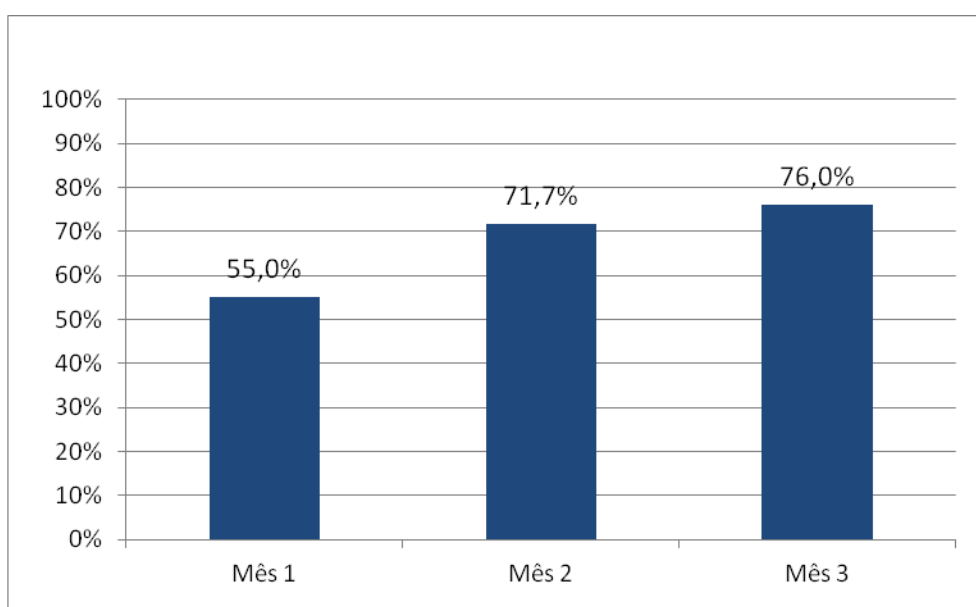


Figura 22. Gráfico da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Não conseguimos orientar 100 % dos usuários hipertensos sobre os riscos do tabagismo, pela falta de interesse de alguns usuários e não comparecimento às palestras e conferências.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

No início da intervenção só tínhamos uma quantidade de 14 hipertensos que tinham conhecimento sobre a higiene bucal o que representa um 15,6% no segundo mês chegamos um total de 42 usuários com hipertensão tiveram conhecimento sobre a higiene bucal, o que representa um 33,3 %, e no terceiro mês foi igual logramos chegar a um total de 74 usuários que tinham conhecimento sobre higiene bucal o qual representa um 45,4%. Todo mês aumentamos a quantidade de usuários hipertensos com conhecimento sobre a importância da higiene bucal.

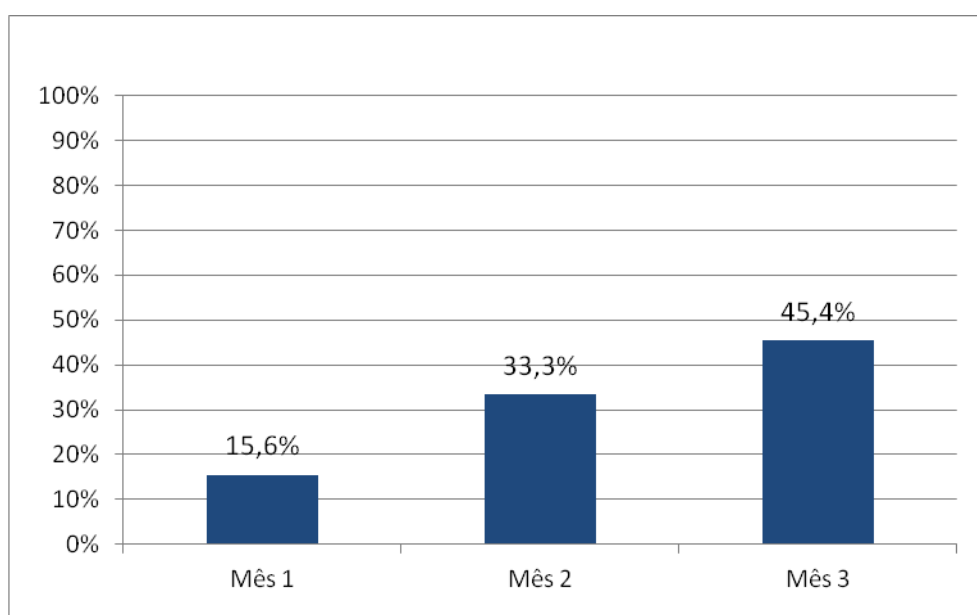


Figura 23. Gráfico da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês tínhamos um total de 7 diabéticos o que representa um 35%, que tinham conhecimento sobre higiene bucal, buscamos trabalhar duro para poder aumentar o número destes usuários no segundo mês de trabalho tivemos um total de 31 usuários com conhecimento e informação sobre higiene bucal o qual representa um 58,5 %, e no terceiro mês chegamos a um total de 64 (66,7%) usuários que tinham conhecimento sobre a higiene bucal.

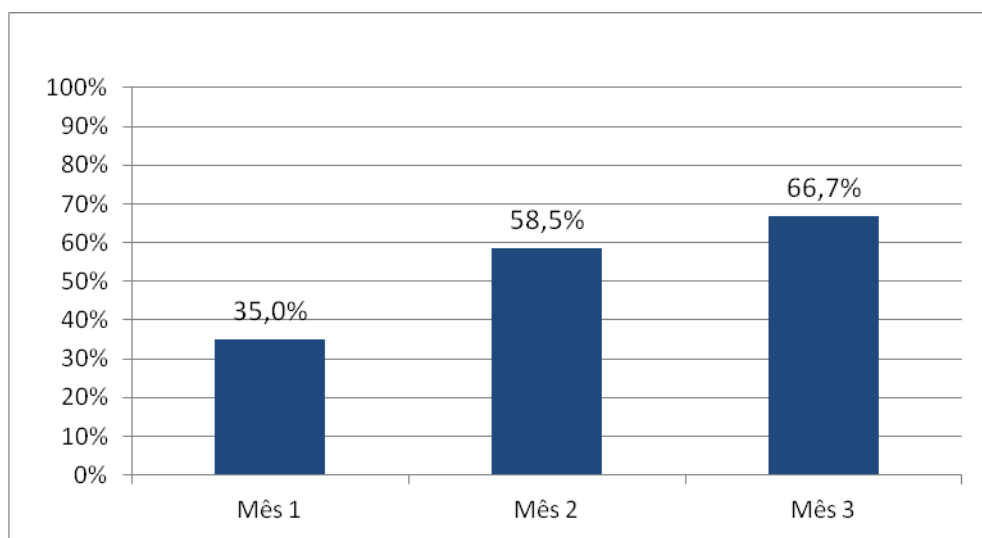


Figura 24. Gráfico da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

O que aconteceu com os usuários diabéticos e hipertensos que não orientamos todos eles foi que os dias das palestras e conferências que faltaram muitos usuários, cada vez que se convocava para uma destas conferências faltavam usuários depois a justificativa era que não tinha importância que não tinha nada a ver com sua doença, foi difícil por mais que nós esforçamos, não conseguimos chegar a todos os usuários com estas orientações.

4.2 Discussão

Com a intervenção realizada em minha unidade básica foi possível cadastrar os usuários hipertensos e diabéticos de minha área que não tinham controle, muitos sem tratamento médico, pelo pouca disponibilidade de médicos no município. A estratégia de saúde da família em meu município era muito fraca, tivemos que trabalhar mais com a estimativa de acordo com a quantidade de população como

denominador, os registros dos usuários eram muito poucos somente alguns em prontuários.

Foi muito bom, pois nos permitiu identificar as maiores dificuldades do território, todas as dúvidas que os usuários tinham de sua doença neste caso hipertensão e diabetes mellitus.

Depois da nossa intervenção a unidade teve uma melhora incrível, se adotou a ficha espelho como forma para ter um maior controle destes usuários com estas doenças crônicas, nossa intervenção teve impacto para equipe e para a população, conseguimos mostrar a importância que tem o cadastramento dos usuários e o planejamento das atividades, apesar de ter muitas dificuldades no início da intervenção e resistência por parte da equipe também.

Todo mudo depois de receber as primeiras capacitações sobre hipertensão e diabetes mellitus, o entusiasmo foi grande da equipe e decidimos trabalhar da melhor maneira em conjunto para assim cumprir nossas metas e objetivos.

O serviço no posto de saúde com nossa intervenção foi muito beneficiado, agora temos planejamento de nossas consultas, diminuimos as consultas de demanda espontânea, começou a organização também com as fichas espelhos, já nossa comunidade percebeu a diferença na qualidade dos serviços, para benefício da população. Ainda as atividades de grupos feitas deixa evidente a comunidade a importância de nosso trabalho, nossa cobertura ainda é pequena, mas agora mais focados no trabalho, trataremos de chegar até um 100% dos usuários hipertensos e diabéticos incorporados no programa.

Já com a experiência adquirida nesta intervenção se fossemos realizar a intervenção agora faríamos uma melhor distribuição das atividades a os integrantes de nossa equipe, agora tem um conhecimento geral das coisas, eles já tem uma melhor preparação para discutir mais os objetivos da intervenção, Acho que conseguiria um melhor resultado na questão de cobertura e teria uma maior facilidade para identificar os líderes comunitários, a ideia de nossa equipe é de incorporar as ações e o monitoramentos dos resultados, toda a equipe tem a consciência de que isso vai contribuir para identificarmos os pontos a serem melhorados na atenção a hipertensos e diabéticos.

Nossos ACS já estão cadastrando os usuários da cada micro área, expectativa é que até o final do próximo mês tenhamos um panorama da situação do território, após pretendemos ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos, já

estamos desenvolvendo outras atividades na unidade, como por exemplo, puericultura, atenção ao idoso e pré-natal. Nossa intervenção foi muito boa logramos ter um melhor controle das consultas que a maioria fazem agendadas e não a livre demanda , com o desenvolvimento da intervenção tivemos melhoras no serviço , logramos incorporar as fichas espelhos para ter um maior controle dos pacientes e das consultas de eles , a melhoria que temos pensado fazer em nossa ação programática poder chegar a cadastrar a todos os pacientes hipertensos e diabéticos , continuar trabalhando em isso , lograr incorporarlos a todos as atividades programadas pela equipe de prevenção em saúde , proporcionar a eles um adequado seguimento medico e tratamento medico e nosso desejo para melhorar a ação programática .

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

Foi realizada uma intervenção com duração de 12 semanas na UBS/ESF da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Piauí, que teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus.

As atividades programadas foram feitas e desenvolvidas com usuários da área de abrangência. A intervenção foi embasada em um análise situacional realizadas para identificar às fragilidades no serviço e na atenção a população, a intervenção foi feita em quatro eixos de atuação: monitoramento e avaliação, engajamento publico, organização e gestão do serviço e qualificação da pratica clinica.

Conseguimos atingir bons resultados ao longo da intervenção durante as doze semanas, conseguimos cadastrar e fazer o acompanhamento de 163 usuários com hipertensão, 45% de cobertura em relação à população alvo de 361 hipertensos; cadastrar e acompanhar 96 diabéticos, uma cobertura de 93,2% em relação à população alvo de 103 diabéticos na área. Não alcançamos a meta de cadastrar 85% dos hipertensos, mas ultrapassando a meta estipulada de cadastrar 85% dos usuários para diabéticos.

Realizamos exames clínico adequado a 153 (93,9%) hipertensos e 89 (92,7%) diabéticos, exames complementares para 70 (42,9%) hipertensos e 71 (74%) diabéticos, foram priorizadas prescrições de medicamentos da farmácia popular nos atendimentos para 97 hipertensos (64,7%) e 66 diabéticos (75,9%), fizemos avaliação da necessidade de atendimento odontológicos a 62 (38%)

hipertensos e 68 (70,8%) diabéticos, fizemos busca ativa de usuários faltosos as consultas para 43 (97,7%) hipertensos e 31(88,6%) diabéticos, foram realizados registro adequado na ficha de acompanhamento 129 (79,1%) hipertensos e 71 (74%) diabéticos, estratificação dos risco cardiovascular de 67 (41,1%) hipertensos e 67 (69,8%) diabéticos, orientamos 74 (45,4%) hipertensos e 73 (76%) diabéticos em relação alimentação saudável, 116 (71,2%) hipertensos e 73 (76%) diabéticos sobre riscos de tabagismo, 74 (45,4%) hipertensos e 64 (66,7%) diabéticos sobre higiene bucal e 82 (50,3%) hipertensos 76 (79,2%) diabéticos sobre prática de atividade física regular. Utilizamos as fichas espelhos para o monitoramento de todos os usuários.

O desenvolvimento da intervenção trouxe vários benefícios para o serviço, foi possível identificar as maiores dificuldades de nosso território, as dúvidas de nossos usuários sobre a diabetes e hipertensão, tivemos uma melhora nos registros de atendimento em nosso posto de saúde, conseguimos que a unidade adotasse uma ficha espelho, como forma de registro e controle, serviu para mostrar a importância do cadastramento dos usuários, das consultas agendadas, para o planejamento das atividades.

Depois que nos fizemos às capacitações sobre hipertensão e diabetes o entusiasmo aumentou em nossa equipe de saúde, o serviço foi beneficiado como um todo, agora temos planejamento das consultas, que serão de maneira agendadas. Já foi um avanço para o serviço, além da organização dos registros através das fichas espelhos e da melhor divisão das atribuições dos profissionais da equipe, a comunidade percebeu a mudança do serviço prestado na lógica de ESF.

Durante as doze semanas tiveram poucas dificuldades como, por exemplo, a falta de equipe completa por necessidade de um educador físico e demora na disponibilização do digitador na UBS, um computador e internet, se os gestores aprimorassem estes itens a cobertura e a qualidade do atendimento poderiam ser muito maiores.

Agora estamos no processo de cadastramento do território junto com agente de saúde e a enfermeira, com um objetivo de ter uma melhora em nossos indicadores, como sugestão relatamos que a implantação de uma estratégia de saúde com os princípios básicos de atenção primária ou de primeira ordem para o usuário ajudaria na integralidade de nossas ações nossa intervenção ajudou muito e formo parte do curso de especialização em saúde da família .

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Caros usuários e comunidade,

Foi realizada uma intervenção com duração de 12 semanas na UBS/ESF da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Piauí, que teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus.

Durante todo o período nossa unidade de saúde passou por um período de mudanças e renovações no atendimento dos usuários com hipertensão e diabetes. A equipe chegou à conclusão que era necessário o planejamento das ações nesta área e decidimos trabalhar com os hipertensos e diabéticos devido a esta análise.

Assim foram desenvolvidas pouco a pouco várias atividades que beneficiaram o serviço, como a formação continua de toda a equipe durante e após a intervenção, a implementação da ficha espelho para o registro dos usuários além dos prontuários, está muito melhor à organização dos atendimentos, dos cuidados urgentes e das visitas domiciliares aos usuários deficientes e acamados organizados pela equipe.

Os profissionais também foram beneficiados, pois houve capacitação da equipe que foi melhor para todos, pois ficaram mais preparados para o atendimento dos usuários diabéticos e hipertensos. Assim também para mostrar a importância do cadastramento dos usuários e do planejamento das atividades, realmente foi muito bom, estamos avançando para a implantação da lógica da ESF de forma integral.

A comunidade também foi beneficiada, pois além de ter um serviço mais organizado e qualificado, pode contar com as consultas agendadas de forma rotineira, os grupos de educação popular em saúde e passam a ter conhecimento em relação à necessidade de cuidar da saúde e assim ter conhecimento sobre o programa de atenção ao diabético e hipertenso. Dessa forma tendo atitudes

preventivas, sabendo os dias de atendimento, os horários de funcionamento do programa, o comparecimento destes usuários para a realização do hiperdia.

Já no final das doze semanas da intervenção tivemos bons resultados, conseguimos aumentar o numero de hipertensos e diabéticos, melhoramos a qualidade das consultas, tratamos de prescrever a maioria destes usuários os medicamentos da farmácia popular, tendo sempre em conta a economia destes usuários, sempre tivemos alguns destes resistentes a medicamentos então pela pouca disponibilidade da farmácia popular, tivemos que prescrever outros que não tínhamos na farmácia que o usuário tinha que comprar. Solicitamos exames complementares para muitos, outros não fizeram pela falta de assistência nas consultas, fizemos avaliação de risco cardiovascular para eles também como parte de nosso objetivo, falamos e orientamo-los sobre a importância que tem uma alimentação saudável, os riscos da tabagismo, a importância da higiene bucal a pratica de exercícios físicos frequentes.

Ao final da intervenção os resultados foram ótimos, a participação da comunidade na gestão do serviço e o empoderamento dos usuários no seu tratamento permite uma melhora na qualidade da atenção, um aumento no acesso e uma maior adesão terapêutica.

Como profissionais, nosso principal trabalho é fomentar a participação de toda a população nas atividades desenvolvidas na unidade bem como estimular o controle social, eu acho que a participação da comunidade na melhoria dos serviços na unidade pode se dá pelo acompanhamento em dias nas consultas, assim como, por exemplo, reduzindo a quantidade de usuários faltosos nas consultas, com a realização a todos os usuários dos exames complementares em dia de acordo com o programa e ajudar na divulgação de existência de programas para alcançar um maior resultado, a intervenção também fiz parte do curso de especialização em saúde .

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O início do curso serviu muito para qualificar a forma de gestão das atividades dentro da unidade de saúde. Realmente foi uma fonte de inspiração para mim para poder chegar a fazer todas as atividades que eu fiz, foi muito importante para o planejamento de todas as atividades e ações, para entender os protocolos adotados pelo Ministério da Saúde do Brasil,

O curso foi importante também para ter um maior conhecimento da área de abrangência da unidade e conhecer a população com que eu trabalharia o qual serviria para a equipe de trabalho e a população em geral.

Os estudos das praticas clinicas, os fóruns que foram de caráter interativo e permitiram esclarecer muitas dúvidas entre os mesmos colegas poder trocar experiências, as práticas clínicas nos ajudaram para fazer revisões de diversos temas que diariamente tínhamos que tratar nas consultas medica. Acredito que não sou, mas também a população foi beneficiada com a realização do curso. Contribuiu muito para mim formação na saúde brasileira, como profissional e ajudou muito aprendi muito, teve que ter uma preparação mais profunda dos protocolos de atendimento de aqui do Brasil para estas doenças crônicas, me ajudou me adentrei mais com os usuários teve mais vinculo com eles e a sociedade, me ajudou a ter uma maior união no equipe de suade com os outros profissionais de saúde realmente foi algo muito importante para mim e bonito, mais quando um tenha satisfação dos colegas, da comunidade, dos usuários quando eles falam pelo trabalho feito em todo este tempo, foi um desafio muito grande pelo idioma, a metodologia exigidas pelo curso, pero agradeço muito pela participação no curso, foi uma barreira grande ter que enfrentar o curso a distancia, ma aprendeu muito, foi uma experiência muito bonita, além disso, eu também me sento muito satisfeita

porque teve a oportunidade de ter uma orientadora em todo o trajeto do curso muito competente, muito boa, sempre com muita calma, paciência dedicação, eu fico muito agradecida também a ela eu acho que seu o apoio, compreensão e paciência contribuiu muito a minha motivação pelo curso.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica. N° 37, - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes Mellitus. N° 36, - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Apêndices

Apêndice A – Fotos



Foto 1. Atividade educativa



Foto 2. Atividade educativa



Foto 3. Atividade educativa



Foto 4. Atividade educativa



Foto 5. Atividade educativa



Foto 6. Visita domiciliar



Foto 7. Visita domiciliar



Foto 8. Visita domiciliar



Foto 9. Atividade educativa

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B- Planilha de coleta de dados

[illegible]

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Precisa de cuidador? () Sim () Não Nome do cuidador _____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____
 Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? () Sim () Não Data da primeira consulta odontológica ____/____/____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible][illegible]

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

[illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante